



วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 8 Number 4 OCTOBER – DECEMBER 2022

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการ

สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพ ชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สฤติกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติบุญชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรชัยกุล

นายมงคล เงินแจ้ง

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภาพร สิงห์วีระธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติชัยโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน การตรวจสอบยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อหมูสด และเนื้อไก่สดที่จำหน่ายในตลาดสด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดุกพื้นบ้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ความสุขของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออการ์โนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้างในผักที่จำหน่ายในตลาดสด และในห้างสรรพสินค้าด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 และปิดต่อไปอย่างมั่นคง

สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Academic article
1. การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในพื้นที่ บริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร วสุนธรา รตนภาส	9	1. Nutritional Status Assessment of the Elderly in the Academic Services Areas of Kamphaeng Phet Rajabhat University Wasoontara Ratanopas
2. การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร สมยศ เจริญสุข อุมาวดี เหลาทอง ภูเบศร์ แสงสว่าง เนตร หงษ์ไกรเลิศ	24	2. Non-Stigmatized and Non-Discriminatory Against People Living with HIV/AIDS Services of Healthcare Providers in Community Hospitals, Phichit Province Somyod Charoensuk Umawadee Laothong Phubet Saengsawang Nate Hongkrlert
3. การตรวจสอบยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อหมูสด และเนื้อไก่สดที่จำหน่ายในตลาดสดในเขต กรุงเทพมหานคร จังหวัดนครปฐม และจังหวัด นครราชสีมา สุวพิชชา ผลพอดน อาชวัตร ชินวาสสิน ภัยลี วรสิทธิ์ วิริยประสิทธิ์ชัย พิสิษฐ์ เตชะพรอนันต์	35	3. Determination of Antibiotic Residue in raw pork and chicken in markets in Bangkok, Nakhon Pathom and Nakorn Ratchasima provinces Suwapitchar Phonporton Archwath Shinwasusin Pailee Warit Wiriaprasitchai Phisit Taechapornanan
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการ หกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ สุภัทสร บุญกรับพวง กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ ธนากร ธนวัฒน์	45	4. Factors Influencing Fall Prevention Behaviors in Elderly People, Tha It Sub- district, Mueang District, Uttaradit Province Supstsorn boonkabpong Kitiwan Junrith Thanakorn Thanawat

สารบัญ	หน้า Page	Contents
5. การศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้าน จังหวัดราชบุรี อัชฌา สมนึก กันตา นิมทศนศิริ เพ็ญลดา ทบศรี อัญทิวา อุ่นไธสง ระพีพร ชนะภักดิ์ วิภาวี จันทศรี สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	56	5. A Study of Indigenous Wisdom of Bone Healer in Ratchaburi Province Atcha Somnuk Kanta Nimthasanasiri Fuanglada Thobsri Untiwa Ounthaisong Rapeebhorn Chanapuk Wipawee Chanthasri Sutthisak Surirak
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุนันท์ จังหวัดศรีสะเกษ เกษมณี นบน์อม สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ ภัทรพล โพนไพรสันต์ สุไวยรินทร์ ศรีชัย	65	6. Factors Related to Quality of Life among Elderly People with Chronic Diseases in Sadao Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province Ketmanee Nobnom Surasak Thaibrithi Phattarapon Ponprisan Suwairin Srichai
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานใน เขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จันทรชนะสอน สำโรงพล สุไวยรินทร์ ศรีชัย ภัทรพล โพนไพรสันต์	85	7. Factors Related to Preventive Behaviors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among Households of Working Age Groups in the Area of Responsibility of Ban Suea Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province Chachanason Somrongphon Suwairin Srichai Phattarapon Ponprisan
8. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่กรณีศึกษาจังหวัด ปทุมธานี ศรีณธร มังคะมณี สุพิศ บุญลาภ วณิดา ขวเจริญพันธ์ อ้อมใจ พลกายา กนิพันธ์ ปานณรงค์ ลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์	106	8. Demographics factor related to smoking behavior, a case study of Pathum Thani Province Sarinthorn Mungkhamanee Supit Boonlab Wanida Chawajaroenpan Oomjai Polgaya Kanipan Pannarong Lilit Sirisabjanan

สารบัญ	หน้า Page	Contents
9. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก สุรวิชัย รุ่งสว่าง รุ่ง วงศ์วัฒน์	117	9. Factors affecting Physical Activity among Older Adults in Phitsanulok Municipality, Phitsanulok Province Surawit Rungsawang Rung Wongwat
10. ความชุกของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้างในผักที่จำหน่ายในตลาดสด และในห้างสรรพสินค้า ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ศุจิน มงคลรังษี สุวิชัย เตชะสาน วีรยา สีนุทกานนท์ จิตาภา รัตนถาวร ธัญญ์สิริ วิทยาคม ภูษณิศ กิจกาญจนกุล ณัฏฐพันธ์ ประมาพันธ์ เดชธร สมใจ	129	10. Prevalence of Organophosphate and Carbamate Residues in Fresh Vegetables Sold in fresh market and supermarket in Bangkok Sujimon Mungkalarungsi Suvapitchya Techasan Veeraya Sintuganon Jidapha Ratanathaworn Tunsiri Withayakom Pusanisa Kitkanjanakul Nakanthaphan Pramaphan Dechatorn Somjai
11. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช บุญประจักษ์ จันทรวิน	141	11. Relationship between Perception and Prevention Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever Among People in the Districts with High-morbidity Rate, Nakhon Si Thammarat Province Boonprajuk Junwin
12. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พัชชา หิรัญวัฒนกุล สมเสาวนุช จมูศรี	157	12. Prevention Behaviors of Coronavirus Disease 2019 among People Living in the Community Surrounding Mahasarakham University Phatcha Hirunwatthanakul Somsaowanuch Chamusri

สารบัญ	หน้า Page	Contents
13. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19) ในชุมชน เจตจรรยา บุญญกุล วิภา สุวรรณรัตน์ วรรณลี ยอดรักษ์	165	13. Role of Community Nurses to Promote Health Literacy for Prevention of Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic in the Community Jatjunya Bunyakul Wipa Suwannarat Wanlee Yodrak
14. บทความวิชาการ การตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 แต่ละโดส ปริญญ์ ณรงค์ตะนุพล ปาริชาติ ณรงค์ตะนุพล	178	14. Immune response after receiving Covid-19 vaccination Prinn Narongtanupol Parichat Narongtanupol
15. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการ สุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร สุวรรณี แสนสุข จินตนา พลมีศักดิ์ นริศรา อารีรักษ์ ถนอม นามวงศ์	195	15. The Development of Community Health System to Health Care Service System for Stroke among Elderly, Yasothon province Suwannee Sansuk Jintana Phonmeesak Narisara Arrirak Thanom Namwong
16. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีด วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดยโสธร ชำนาญ มาลัย ถนอม นามวงศ์	205	16. Factors Associated with the Decision to Receive COVID-19 Vaccination among Patients with Chronic Diseases, Yasothon Province Chamnan Malai Thanom Namwong

Received: 15 Feb 2022, Revised: 19 Mar 2022

Accepted: 25 Mar 2022

บทความวิจัย

การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
กำแพงเพชรวสุนธรา รตโนภาส^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในพื้นที่บริการทางวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับปัจจัยบางประการ และตัวชี้วัดส่วนร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบบันทึกผลการวัดสัดส่วนของร่างกาย และอุปกรณ์สำหรับวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่าเมื่อประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อ้วน ร้อยละ 45.7 เมื่อประเมินด้วยเส้นรอบเอว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลงพุง ร้อยละ 66.0 เส้นรอบวงแขน > 22 เซนติเมตร ร้อยละ 86.8 มีเส้นรอบวงน่อง $\geq$ 31 เซนติเมตร ร้อยละ 67.1 เมื่อประเมินด้วยค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณจากความยาวของส่วนแขน พบว่ามีผู้สูงอายุมีภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ร้อยละ 1.0 เมื่อใช้คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ ส่วนที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 74.7 และเมื่อใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการส่วนที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 55.3 และขาดสารอาหาร ร้อยละ 3.9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเต็มมื้อต่อวัน การรับประทานอาหารจำพวกโปรตีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และพบว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดส่วนร่างกายทุกตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงปัญหาทุพโภชนาการที่ยังปรากฏกับผู้สูงอายุในพื้นที่บริการทางวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการในชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลได้ทันทั่วถึงก่อนที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงขึ้น และเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, การประเมินภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ

¹ โปรแกรมวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

*Original Article***Nutritional Status Assessment of the Elderly in the Academic Services Areas of Kamphaeng Phet Rajabhat University**Wasoontara Ratanopas¹**Abstract**

The research was a cross-sectional study aimed 1) to assess nutritional status of the elderly in the academic services areas of Kamphaeng Phet Rajabhat University, 2) to determine correlation between Body Mass Index (BMI) with some factors and anthropometric indices. The samples were 300 elderly selected by using simple random sampling technique. Data were collected using personal data record form, Mini Nutritional Assessment (MNA[®]), anthropometric data collection form and tools for anthropometric measurement, and analyzed using frequency, percentage, mean, Chi-square statistics and Pearson's product moment correlation coefficient. The result showed that most of samples were obese (45.7%) when using BMI, and 66.0% of samples had abdominal obesity when using waist circumference, had mid-arm circumference $\geq$ 31 cm. (67.1%), had calf circumference $>$ 22cm. (86.6%). Then, samples had Protein and Energy Malnutrition (PEM) (1.0%) when using BMI calculated from Demi-span (BMI-D). MNA[®] part I showed that most of samples had normal nutritional status (74.7%) and MNA[®] part 2 revealed that most of samples were at risk of malnutrition (55.3%) and malnutrition (3.9%). Association analyses showed that eat full meals per day, consumption of protein-rich food had significant correlation with BMI (p -value $<$ 0.05). Moreover, BMI was associated with all other of anthropometric indices statistically significant at p -value $<$ 0.01. Therefore, the findings of this study demonstrated that elderly malnutrition in the academic services areas of Kamphaeng Phet Rajabhat University. In addition to malnutrition screening in community elderly is necessary to ensure that the elderly receive timely care before malnutrition occurs or more severe malnutrition and to have a better quality of life for the elderly.

Keyword: Nutritional Status, Nutritional Assessment, Elderly

¹ Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Kamphaeng Phet Rajabhat University, Kamphaeng Phet 62000 Thailand

* Corresponding author E-mail: wasoontara_r@kpru.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด เป็นสถานะ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) และก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) ในปี 2564 ที่ผ่านมา และประเทศจะมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดประมาณปี 2574¹ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งการเผชิญกับปัญหาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นตามวัย ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน เป็นต้น² โดยปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุซึ่งที่กล่าวจะทวีความรุนแรงหากเกิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และไม่ได้รับการดูแลหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความอยากอาหารลดลง ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร และการกลืนอาหารลดลง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่ายกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ³ ทั้งในรูปแบบการมีภาวะโภชนาการเกิน และปัญหาการขาดสารอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน รวมทั้งในรูปแบบวิตามินและเกลือแร่ เป็นต้น² อีกทั้งมีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกาย การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ลดลงเนื่องจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะของร่างกายซึ่งส่งผลต่อการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายลดลง การได้รับปริมาณและชนิดของอาหารไม่สมดุล เช่น รับประทานอาหารปริมาณมากหรือน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การดื่มน้ำในปริมาณที่ไม่เหมาะสมกับอายุ⁴ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง และเป็นภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัว รวมทั้งส่งผลกระทบต่อ

การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพ และสังคมตามมา

ปัญหาทุพโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วประเทศไทย มีรายงานผลการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโดยวิธีการประเมินที่ต่างกันทำให้ประเทศไทยมีข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ทุพโภชนาการที่แตกต่างกัน อาทิ ข้อมูลจากรายงานวิจัยภาวะโภชนาการผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาที่ใช้แบบคัดกรอง MNA®-SF เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 58.3 มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 35.50 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 6.2⁵ ข้อมูลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุจากรายงานวิจัยจังหวัดศรีสะเกษที่ใช้ MNA® ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ คือ ร้อยละ 62.2 มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 35.9 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 1.9⁶ ข้อมูลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุจากรายงานวิจัยจังหวัดเชียงใหม่ ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ น้ำหนักตัวปกติร้อยละ 37.50 อ้วน ร้อยละ 22.70 และผอมระดับ 3 ร้อยละ 19.40⁴ และข้อมูลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุจากรายงานวิจัยพื้นที่จังหวัดสามชายแดนภาคใต้ ประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA®) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 62.2 มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดอาหาร ร้อยละ 37.8 เมื่อมีการประเมินในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 62.1 รองลงมา คือ มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 31.1 และมีภาวะขาดอาหาร ร้อยละ 6.8⁷ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ความสูงของผู้อายุมาคำนวณ BMI โดยตรง แต่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของผู้สูงอายุโดยเฉพาะความสูงที่ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทำให้มีนักวิชาการของประเทศไทยนำความยาวของส่วนแขน (Demi-span) มาใช้แทนความสูงเพื่อคำนวณเป็น BMI สำหรับผู้สูงอายุ⁸ แต่ข้อมูลดังกล่าวยังมีอย่างจำกัด แต่ในขณะเดียวกันในต่างประเทศมีการนำความสูง

สามารถคำนวณมาจาก Demi-span เป็นที่แพร่หลายแล้วก็ตาม^{9,10}

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากถึงร้อยละ 15.9 เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทุกกลุ่มอายุ¹¹ แต่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูล ภาวะโภชนาการที่มาจากการประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุด้วย MNA® และข้อมูลภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน (Protein and Energy Malnutrition; PEM) ในผู้สูงอายุยังมีอยู่อย่างจำกัด การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และหรือการมีภาวะทุพโภชนาการ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลได้ทันที่ก่อนที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงขึ้น และสามารถช่วยเหลือได้อย่างทันที่เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ³ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรเป็นมหาวิทยาลัยที่เปิดการสอนระดับอุดมศึกษาซึ่งตั้งอยู่ ณ พื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร มีพันธกิจในการบริการวิชาการกับชุมชน เพื่อพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ประชาชนแข็งแรง โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาศักยภาพชุมชนจึงกลายเป็นภารกิจสัมพันธ์ที่บุคลากรในสถาบันด้านการศึกษาต้องให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือจากความสำคัญของการศึกษาด้านสุขภาพของผู้สูงวัยที่กล่าวมาแล้วนั้นทำให้ผู้วิจัยสนใจทำวิจัยเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุ และนำวิธีการประเมินภาวะโภชนาการในรูปแบบต่าง ๆ มาใช้เป็นแนวทางในค้นหาปัญหาทุพโภชนาการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะการโภชนาการผู้สูงอายุในพื้นที่บริการทางวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับปัจจัยบางประการ และตัวชี้วัดส่วนร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลนครชุม จำนวน 11 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนรักษะแม่ น้ำปิง ชุมชนปากคลองใต้ ชุมชนพัฒนาวิมล ชุมชนปากคลองกลาง ชุมชนปากคลองพัฒนา ชุมชนปากคลองเหนือ ชุมชนนครชุมพัฒนา ชุมชนเจ้าพ่อเสือ (คสม.) ชุมชนนครชุมร่วมใจ ชุมชนคลองสวนหมาก และชุมชนประชาร่วมใจ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,126 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 295 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากอัตราการตอบกลับ (Drop-out rate) ที่ไม่เกินร้อยละ 10 ร่วมกับปัญหาการรวมทั้งอุปสรรคที่อาจเกิดกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุ ทำให้การวิจัยครั้งนี้ใช้ Drop-out rate เท่ากับ 1.7 ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ ณ ศูนย์เทศบาลตำบลนครชุม ทำการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563-มกราคม พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้าและเกณฑ์การคัดตัวอย่างออก ดังนี้

เกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้า ได้แก่ ยินดีให้ข้อมูลกับนักวิจัย มีสติสัมปชัญญะ สามารถเข้าใจและ

สื่อสารเป็นภาษาไทยได้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนได้ เป็นต้น

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออก ได้แก่ ไม่ยินดีให้ข้อมูลกับนักวิจัย เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ได้แก่ วัณโรคระยะแพร่กระจาย มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวาย ระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือด ดิยาเสพติดให้โทษ และพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

แบบสอบถาม (Questionnaires) และอุปกรณ์สำหรับวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การพักอาศัย โรคประจำตัว และแบบสอบถามแบบปลายเปิด (Open end) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ อายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุด้วย MNA^{®12} ที่ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้นจำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการจำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการวัดสัดส่วนของร่างกายในหน่วยเซนติเมตร ได้แก่ น้ำหนัก (Weight) ส่วนสูง (Height) เส้นรอบเอว (Waist circumference; WC) ความยาวของช่วงแขน (Demi-span) เส้นรอบวงแขน (Mid arm circumference; MAC) และเส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC)

2. อุปกรณ์สำหรับวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูงที่วัดเส้นรอบเอว และที่วัดความยาวของส่วนแขน¹³ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก อ่านค่าละเอียดได้ 0.1 กิโลกรัม และก่อนทำการวัดทุกครั้งจะต้อง

ทำการตั้งเครื่องชั่งน้ำหนักให้อยู่ในตำแหน่ง 0 โดยใช้ตุ้มท่วงน้ำหนักเป็นมาตรฐานในการตั้งค่า

2.2 ที่วัดส่วนสูง ใช้อุปกรณ์ของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งอ่านค่าละเอียดได้ 0.1 เซนติเมตร โดยก่อนวัดผู้สูงอายุจะต้องถอดรองเท้า ส้นเท้าและลำตัวชิดผนัง และหน้ามองตรง

2.3 เทปวัด อ่านค่าละเอียดได้ 0.1 เซนติเมตร ใช้วัด WC และ Demi-span

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร หมายเลขโครงการ: 004/63 ลงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 256

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยที่ผ่านการอบรมจำนวน 2 คน และฝึกปฏิบัติการวัด Demi-span และการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน โดยก่อนทำการรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยนี้จะมีการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง รวมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุ และมีการลงชื่อในเอกสารพิทักษ์สิทธิการวิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ระหว่างทำการรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยจะทำการขออนุญาตในการทำการรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามของการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ MNA[®] ร่วมกับการวัดสัดส่วนของร่างกาย โดยผู้สูงอายุทุกคนจะถูกเก็บรวบรวมข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง WC, Demi-span และสัมภาษณ์ข้อมูลด้วยแบบประเมิน MNA[®] ส่วนที่ 1 ในกรณีผู้สูงอายุมีคะแนน ≤ 11 คะแนน ผู้สูงอายุจะถูกผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ต่อในแบบประเมิน MNA[®] ส่วนที่ 2 ต่อ และจะต้องถูก

ทำการวัด MAC, CC โดยทำวัด 3 ครั้ง แล้วหาค่าเฉลี่ย เพื่อเพิ่มความถูกต้องและแม่นยำของข้อมูล ซึ่งการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที/คน

3. หลังทำการรวบรวมข้อมูล นักวิจัยจะให้ข้อมูลผู้สูงอายุ ในเรื่องของการจัดการข้อมูลวิจัยหลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และในเวลาที่กำหนด โดยจะแจ้งว่าข้อมูลจากการเก็บวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้ไว้เป็นความลับโดยจะไม่มีการระบุชื่อ รวมทั้งรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม และผู้สูงอายุมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยค่าจำนวน (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยค่าจำนวน (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ดังนี้

2.1 ภาวะโภชนาการจากแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุด้วย MNA^{®12} เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น ประกอบด้วยคำถามที่ใช้คัดกรอง 6 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน ซึ่งในส่วนนี้จะมีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินจากค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ เกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูล คือ 12-14 คะแนน คือ มีภาวะโภชนาการปกติ 8-11 คะแนน คือ เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และ 0-7 คะแนน คือ ขาดสารอาหาร หากผลคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร จะต้องสัมภาษณ์ต่อในคำถามของส่วนที่ 2 ต่อไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการที่ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ (16 คะแนน) โดย

คะแนนส่วนหนึ่งจะมาจากคะแนนที่ได้จากการประเมินจากการวัดสัดส่วนของร่างกายของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ ที่ได้จากการวัด MAC และคะแนนที่มาจากวัด CC ของผู้สูงอายุ เป็นต้น เมื่อนำคะแนนของคำถามทั้ง 2 ตอน มารวมกันจะมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากผลรวมเท่ากับ 24-30 คะแนน คือ มีภาวะโภชนาการปกติ 17-23.5 คะแนน คือ มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และน้อยกว่า 17 คะแนน คือ ขาดสารอาหาร

2.2 ตัวชี้วัดสัดส่วนร่างกายจากการประเมินสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2.2.1 WC ทำโดยวัดผ่านสะดือโดยเพศชายหากมีเส้นรอบเอว มากกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร หมายถึงลงพุง (Abdominal obesity)¹⁴

2.2.2 MAC และ CC เส้นรอบวงแขนและน่องสามารถบอกถึงการมีมวลกล้ามเนื้อในร่างกายและไขมันที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนัง การวัดเส้นรอบวงแขนทำได้โดยวัดที่แขนซ้ายที่เป็นจุดกึ่งกลางระหว่างตำแหน่งปลายกระดูก Acromion และตำแหน่ง Olecranon เมื่อยกแขนทำมุม 90 องศา¹³ จากเกณฑ์การให้คะแนนของ MNA[®] หากพบว่าผู้สูงอายุมี MAC น้อยกว่า 21 เซนติเมตร จะหมายถึง ผู้สูงอายุมีมวลกล้ามเนื้อน้อย ส่วน CC ทำการวัดโดยวัดที่น่องซ้ายในตำแหน่งที่กว้างที่สุดของน่อง¹³ จากเกณฑ์การให้คะแนนของ MNA[®] หากพบว่าผู้สูงอายุมี CC น้อยกว่า 31 เซนติเมตร จะหมายถึงมีมวลกล้ามเนื้อน้อย

2.2.3 Demi-span ทำโดยใช้เทปวัดอ่านค่าละเอียดได้ 0.1 เซนติเมตร และมีตัวเลขชัดเจน โดยวัดจากตำแหน่งรอยเว้าที่ขอบบนของกระดูกหน้าอก (Suprasternal notch) ไปถึงบริเวณข้อต่อกระดูกฝ่ามือกับกระดูกนิ้วมือ (Metacarpophalangeal joint) ตำแหน่งระหว่างโคนนิ้วกลางกับโคนนิ้วนาฬิกาของแขนข้างซ้ายโดยให้ผู้ถูกวัดยืนชิดผนัง ซึ่งจะนำมาใช้คำนวณค่าดัชนีมวลกายแทนความสูงของผู้สูงอายุ (BMI-D) โดยจำแนกตามเพศ การคำนวณค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุเพศชาย เรียกว่า Demiquet (กิโลกรัม/เมตร²) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/(demi-span เมตร)² ตามลำดับ หาก

คำนวณค่า Demiquet ได้น้อยกว่า 76 กก./ม.² หมายถึง มี PEM ในผู้สูงอายุเพศชายส่วนการคำนวณค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุเพศหญิง เรียกว่า Mindex (กิโลกรัม/เมตร) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/demi-span (เมตร) หากคำนวณค่า Mindex ได้น้อยกว่า 56 กก./ม. หมายถึง มี PEM ในผู้สูงอายุเพศหญิง¹³

2.2.4 BMI โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน

อาเซียน กล่าวคือ น้อยกว่า 18.5 กก./ม.² หมายถึง ผอม 18.5-22.9 กก./ม.² หมายถึง ปกติ 23.0-24.9 กก./ม.² หมายถึง น้ำหนักเกิน และตั้งแต่ 25 กก./ม.² ขึ้นไป หมายถึง อ้วน¹⁴

3. ข้อมูลปัจจัยบางประการ ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้ามื้อต่อวัน การรับประทานอาหารเช้าก่อนไปโรงเรียน การรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อวัน และการดื่มเครื่องดื่ม (น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม หรืออื่น ๆ) วิเคราะห์โดยค่าจำนวน (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับปัจจัยบางประการด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนี

มวลกายกับตัวชี้วัดส่วนร่างกาย (Anthropometric indices) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.3 ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.0 สมรส ร้อยละ 57.7 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 96.3 มีรายได้/เดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 77.0 อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 86.0 มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคไต) ร้อยละ 72.0 และโดยมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรค ขึ้นไป ร้อยละ 54.4

2. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการจำแนกตามวิธีการประเมิน (n=300)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
BMI		
ผอม (< 18.5 กก./ม. ²)	19	6.3
ปกติ (18.5-22.9 กก./ม. ²)	96	32.0
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ม. ²)	48	16.0
อ้วน (≥ 25.0 กก./ม. ²)	137	45.7
WC		
ปกติ (≤ 90 ซม. ในเพศชาย และ ≤ 80 ซม. ในเพศหญิง)	102	34.0
ล้น (> 90 ซม. ในเพศชาย และ > 80 ซม. ในเพศหญิง)	198	66.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการจำแนกตามวิธีการประเมิน (n=300) ต่อ

ภาวะโภชนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
BMI-D		
มี PEM	3	1.0
ไม่มี PEM	297	99.0
การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุด้วย MNA® ส่วนที่ 1		
ภาวะโภชนาการปกติ (12-14 คะแนน)	224	74.7
ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน)	71	23.7
ขาดสารอาหาร (0-7 คะแนน)	5	1.7

จากตารางที่ 2 พบว่าภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุผู้สูงอายุจากการประเมินโดยใช้ BMI พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อ้วน (BMI ≥ 25 กก./ม²) ร้อยละ 45.7 เมื่อประเมินภาวะโภชนาการด้วย WC พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลงพุง ร้อยละ 66.0 เมื่อนำค่าความยาวของส่วนแขน มาคำนวณ BMI พบผู้สูงอายุมี PEM ร้อยละ 1.0 และเมื่อใช้คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุด้วย MNA® ส่วนที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 74.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการจำแนกตามวิธีการประเมิน (n=76)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เส้นรอบวงแขน		
มีมวลกล้ามเนื้อน้อย (< 21 เซนติเมตร)	2	2.6
เสี่ยงต่อการมีมวลกล้ามเนื้อน้อย (21-22 เซนติเมตร)	8	10.5
มีมวลกล้ามเนื้อปกติ (> 22 เซนติเมตร)	66	86.8
เส้นรอบวงน่อง		
มีมวลกล้ามเนื้อน้อย (< 31 เซนติเมตร)	25	32.9
มีมวลกล้ามเนื้อปกติ (≥ 31 เซนติเมตร)	51	67.1
การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุด้วย MNA® ส่วนที่ 2		
ภาวะโภชนาการปกติ (24-30 คะแนน)	31	40.8
ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (17-23.5คะแนน)	42	55.3
ขาดสารอาหาร (น้อยกว่า 17 คะแนน)	3	3.9

จากตารางที่ 3 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจากการประเมินโดยใช้ MAC พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีมวลกล้ามเนื้อปกติ (> 22 เซนติเมตร) ร้อยละ 86.8 เมื่อประเมินโดยใช้ CC พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีมวลกล้ามเนื้อปกติ (≥ 31 เซนติเมตร) ร้อยละ 67.1 และเมื่อทำการประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนน MNA ส่วนที่ 1 ≤ 11 คะแนน ต่อใน MNA® ส่วนที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 55.3 และขาดสารอาหาร ร้อยละ 3.9

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง BMI กับปัจจัยบางประการ (n=76)

ข้อความถาม	เพศชาย (n=35)		เพศหญิง (n=41)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับประทานอาหารเช้ามีต่อวัน					16.07	0.013*
ควรปรับปรุง	9	11.8	11	14.5		
ดี	26	34.2	36	39.5		
การรับประทานอาหารเช้าจำพวกโปรตีน					15.88	0.014*
ควรปรับปรุง	14	18.4	26	34.2		
ดี	21	27.6	15	19.7		
การรับประทานผัก หรือผลไม้อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อวัน					1.81	0.613
ควรปรับปรุง	4	5.3	6	7.9		
ดี	31	40.8	35	46.1		
การดื่มเครื่องดื่ม (น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม หรืออื่น ๆ)					11.97	0.063
ควรปรับปรุง	19	25.0	19	25.0		
ดี	16	21.1	22	28.9		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า BMI ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเช้ามีต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิงรับประทานอาหารเช้ามีต่อวัน ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ส่วนการรับประทานอาหารเช้าจำพวกโปรตีน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศชายรับประทานอาหารเช้าจำพวกโปรตีน อาทิ ต้มหมู

หรือผลิตภัณฑ์จากนม (เช่น โยเกิร์ต ซีส) อย่างน้อย 1 หน่วยบริโภค/วัน รับประทานถั่วหรือไข่อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภค/สัปดาห์ และรับประทานเนื้อปลาหรือสัตว์ปีกทุกวัน ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับตัวชี้วัดส่วนร่างกาย

ตัวชี้วัดส่วนร่างกาย	BMI	WC	MAC	CC	BMI-D
BMI	1.000	.747**	.731**	.661**	.167**
WC		1.000	.579**	.555**	.253**
MAC			1.000	.656	.104
CC				1.000	.119*
BMI-D					1.000

**p-value < 0.01, *p-value < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า BMI มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดส่วนร่างกายทุกตัว โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.167-0.747 มีความสัมพันธ์กันทางบวก ค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์สูงสุดไปต่ำสุด ดังนี้ WC(r=0.747) MAC(r=0.731), CC(r=0.661), BMI-D(r=0.167) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.01

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.3 ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 96.3 มีรายได้/เดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 77.0 ไม่ได้อยู่บ้านตามลำพัง ร้อยละ 86.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.0 และโดยมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 54.4 ซึ่งโรคที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคไต เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น

การวิจัยนี้มีการนำวิธีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมาใช้หลายชนิดที่นิยมใช้เพื่อประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เช่น BMI, WC, MAC, CC, การใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ MNA[®] และ BMI-D ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีปัญหาทุพโภชนาการอยู่โดยพบทั้งการมีภาวะโภชนาการเกิน และภาวะพร่องทางโภชนาการ กล่าวคือเมื่อประเมินภาวะโภชนาการด้วย BMI และ WC พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน โดย BMI แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) ร้อยละ 45.7 โดยพบผู้สูงอายุที่ผอม (< 18.5 กก./ม.²) เพียงร้อยละ 6.3 และยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี WC เกินค่ามาตรฐาน หรือที่เรียกว่าลงพุง ร้อยละ 66.0 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุพรรณิ พลฤกษา และคณะ (2561)¹⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะลงพุง และยังสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทยโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 6¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) ร้อยละ 36.9 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่พบร้อยละ 27.1 นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจพบว่าภาวะลงพุงเพิ่มขึ้น และจะสูงสุดในผู้มีอายุระหว่าง 60-69 ปี โดยเฉพาะใน

เพศหญิง อาจเพราะความเสื่อมทางสรีระวิทยาโดยเฉพาะ ฟัน และการบาดเจ็บในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารประเภทแป้งมากขึ้นเพราะเคี้ยว และกลืนง่ายซึ่งส่งผลต่อการได้รับคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปเกิน หรือโรคอ้วนได้⁴ อีกทั้งผลการวิจัยยังพบด้วยว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเลือกหาอาหารที่ดีมีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วน และเหมาะสมมารับประทานได้ รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่มากกว่า 2 โรค การรับประทานยาประจำจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เผชิญ ทำให้มีผลต่อระบบเผาผลาญในร่างกายซึ่งอาจมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้ สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการด้วย BMI เป็นการประเมินมวลของร่างกายทั้งหมดซึ่งมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถคำนวณจากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร²) BMI ไม่ใช่วิธีการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ตีนักเนื่องจากความสูงจะลดลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากมักมีโรคกระดูกพรุนและโรคอื่น ๆ ของกระดูกสันหลังทำให้เกิดภาวะหลังค่อม (Kyphosis) หรือภาวะหลังคด (Scoliosis) ทำให้ความสูงที่วัดได้ต่ำกว่าความเป็นจริง BMI ที่คำนวณได้จะสูงกว่าความเป็นจริง และความไม่สะดวกในการวัดส่วนสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่นอนป่วยไม่สามารถลุกขึ้นยืนตัวตรงได้^{4,12} ดังนั้นการเลือกใช้ BMI มาประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการค้นหาการมีภาวะทุพโภชนาการในเบื้องต้นได้ แต่ผู้สูงอายุนั้นต้องไม่มีข้อจำกัดดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ไม่วุ่นวายและเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชัชฎาภรณ์ จิตตา และคณะ (2563)¹⁷ ที่ใช้ BMI มาประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ม.²) ร้อยละ 41.4 และภาวะผอม (BMI < 18.5 กก./ม.²) ร้อยละ 3.2 ส่วนการประเมินภาวะโภชนาการด้วย WC นั้นนิยมใช้ค้นหาโรคอ้วน นิยมร่วมกับการใช้ BMI เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันอีกทั้งยังเป็นวิธีการที่ง่ายเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้อง และใช้ทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคอ้วนได้

ติ¹³ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัชฎาภรณ์ จิตตา และคณะ (2563)¹⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุมี WC เกินมาตรฐาน ร้อยละ 27.8 โดยพบว่าเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุวัยตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ม.²) มากที่สุด ร้อยละ 43.6

การประเมินภาวะโภชนาการด้วย MAC และ CC ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี MAC > 22 เซนติเมตร ร้อยละ 86.8 และมี CC ≥ 31 เซนติเมตร ร้อยละ 67.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร หรือการมี PEM เนื่องจากขนาดของเส้นรอบวงสามารถบอกถึงการมีมวลกล้ามเนื้อในร่างกาย และไขมันที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนัง ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการสูญเสียน้ำหนักตัวขนาดเส้นรอบวงดังกล่าว ก็จะลดลงตามไปด้วย ดังนั้นเส้นรอบวงของแขนและน่อง จึงมีประโยชน์มากในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ^{18,19}

การประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA[®] ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 74.7 รองลงมา คือ ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ร้อยละ 23.7 และขาดสารอาหาร 1.7 และเมื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป MNA[®] ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยยังคงพบผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และขาดสารอาหารอยู่ ร้อยละ 55.3 และ 3.9 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของพุทธิพร พิธานธนากุล และคณะ (2562)⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และขาดสารอาหารร้อยละ 35.9 และ 1.9 ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของธนัญธรต เพชรเมือง และคณะ (2561)²⁰ ที่ใช้ MNA ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 63.5 มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดอาหาร ร้อยละ 36.5 เมื่อมีการประเมินในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 30.8 และขาดอาหาร ร้อยละ 17.8 จากข้อมูลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า MNA สามารถใช้ในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และขาดสารอาหารได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tsai

et al. (2013)¹⁹ ที่นำ MNA แบบย่อมาใช้เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุได้หวั่นได้ มีการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายสามารถนำไปใช้ชุมชน หรือสถานพยาบาลเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเบื้องต้นได้²¹ แต่ข้อจำกัดของแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ MNA[®] นี้ คือ ไม่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้เพื่อค้นหาการมีภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ⁴ แต่เหมาะสำหรับนำมาใช้ค้นหาผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และขาดสารอาหารเพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังทางโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

การประเมินภาวะโภชนาการด้วย BMI-D ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มี PEM ในพื้นที่ร้อยละ 1.0 ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับผลการประเมินภาวะโภชนาการที่ใช้ MNA[®] ส่วนที่ 2 ของการวิจัยครั้งนี้ที่นำ MAC และ CC ของผู้สูงอายุเข้ามาร่วมประเมินซึ่งขนาดของเส้นรอบวงทั้งสองส่วนจะเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้สูงอายุมีการขาดสารอาหารอย่างยาวนาน ดังนั้นผลการวิจัยยืนยันให้เห็นว่าการนำ Demi-span มาใช้แทนความสูงเพื่อนำไปใช้คำนวณ BMI ได้เนื่องจากเวลาที่แขนเป็นโครงสร้างของร่างกายที่มีค่าคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง¹³ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายฉบับทั้งในประเทศ⁸ และต่างประเทศ^{9,10} Demi-span นั้นทำได้ไม่ยากเพียงแค่ใช้สายวัด พกพาไปสะดวก เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของความสูง ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง และมีภาวะกระดูกพรุนอย่างรุนแรง เป็นต้น⁸ และ BMI-D สามารถนำมาใช้ประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะกระดูกพรุน จะเหมาะกับผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป²²

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง BMI กับ ปัจจัยบางประการ ผลการวิจัยพบว่าการรับประทานอาหารเต็มมือต่อวัน และการรับประทานอาหารจำพวกโปรตีน มีความสัมพันธ์กับ BMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และขาดสารอาหาร ซึ่งการรับประทานอาหารใน 1 วัน ของผู้สูงอายุนั้นนอกจากต้อง

รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ มีความหลากหลาย²³ ครบจำนวนมื้อแล้วนั้น ปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญเนื่องจากมีผลต่อการได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอหรือเกินความต้องการของร่างกายซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้ สำหรับการวิจัยนี้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ดังนั้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารอาจยังมีไม่มากนักทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงสามารถรับประทานอาหารเต็มมื้ออยู่ในระดับดี คือ รับประทานอาหารได้เต็มมื้อ 3 มื้อต่อวัน (ร้อยละ 73.7) ประกอบกับผู้สูงอายุไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพังมีครอบครัวดูแลเป็นส่วนใหญ่ทำให้ได้รับปริมาณอาหารอย่างเพียงพอ แต่ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องข้อมูลของคุณภาพของอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละมื้อซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน สำหรับการรับประทานโปรตีน ซึ่งโปรตีนจากอาหารมีผลสมดุลของไนโตรเจนในร่างกายของผู้สูงอายุ ๆ จึงควรได้รับสารอาหารโปรตีน 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ความต้องการโปรตีนจะเพิ่มมากขึ้นถ้าร่างกายมีความเครียดจากการได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ การผ่าตัด หรือการเจ็บป่วย เป็นต้น²³ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุง คือ รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์กำหนด (ร้อยละ 52.6) โดยพบว่าผู้สูงอายุไม่ค่อยตื่นนอนหรือผลิตกรดจากนม (เช่น โยเกิร์ต ชีส) อย่างน้อย 1 หน่วยบริโภค/วัน เนื่องจากไม่ชอบแต่ก็พบว่าดื่มนมถั่วเหลืองมากกว่าดื่มนมวัวแทน การรับประทานอาหารประเภทโปรตีนไม่เป็นไปตามเกณฑ์กำหนด การได้รับโปรตีนจากการรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของโปรตีนที่ไม่เพียงพออาจส่งผลต่อการมีภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง BMI กับตัวชี้สัดส่วนร่างกาย ได้แก่ WC, MAC, CC และ BMI-D พบว่ามีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.167-0.747 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เรียงจากค่าสูงสุดไปต่ำสุด ดังนี้

WC($r=0.747$), MAC($r=0.731$), CC($r=0.661$) และ BMI-D($r=0.167$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$ ซึ่งสอดคล้องกับ Selvaraj et al. (2017)²⁴ ที่พบว่า MAC($r=0.740$) และ CC($r=0.700$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ BMI สามารถใช้ในการวินิจฉัยภาวะการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุเนื่องจากความง่ายในการวัด จึงสามารถนำมาใช้สำหรับการตรวจคัดกรองในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ และยังสามารถสอดคล้องกับการศึกษาของ Astuti et al. (2020)²⁵ ที่พบว่า BMI มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ CC($r=0.660$) ดังนั้นเมื่อต้องการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุเบื้องต้นอาจพิจารณาใช้ค่า BMI, WC, MAC, CC ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอีกทั้งสามารถวัดได้ง่าย แต่หากต้องการค้นหาการมี PEM อาจพิจารณาวิธีการทางเลือกเป็น BMI-D ทั้งนี้ทั้งนั้นการวินิจฉัยอย่างแม่นยำนั้นจำเป็นต้องใช้วิธีการประเมินภาวะโภชนาการในรูปแบบอื่น อาทิ การประเมินทางชีวเคมี ทางคลินิก และการสำรวจอาหารบริโภค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. การค้นหาภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการขาดสารอาหาร แม้ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงทางคลินิก และเพื่อป้องกันก่อนที่ความเสี่ยงนั้นจะนำไปสู่การมี PEM ในผู้สูงอายุ บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และบริการสุขภาพสามารถทำได้โดยใช้ MNA® เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย และยังเหมาะสมสำหรับผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อค้นหาปัญหาโภชนาการที่เกิดกับผู้สูงอายุในชุมชนแต่ข้อมูลที่ได้จะต้องใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะโภชนาการในรูปแบบอื่นร่วมด้วย

2. การค้นหาการมี PEM ในผู้สูงอายุในชุมชนสามารถใช้ค่า Demiquet ในผู้สูงอายุเพศชาย และค่า Mindex ในผู้สูงอายุเพศหญิง แทน BMI ได้ โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีอายุมาก และมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกไม่สามารถยืนหลังตรง หรือยืนในท่าปกติได้

3. การประเมินผลของการดูแลสุขภาพและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะขาดสารอาหาร หรือ PEM สามารถใช้วิธีการติดตามจากการเปลี่ยนแปลงของ MAC และ CC ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาพของจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อทราบถึงสถานการณ์ความรุนแรงของการมีภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น
3. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเต็มมือ และการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน การส่งเสริมการรับประทานนม และผลิตภัณฑ์โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง ตลอดจนความรู้เรื่องปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม และการเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร รวมทั้งผู้สูงอายุสาธารณสุขประจำพื้นที่ตำบลนครชุมที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มปป; 2561.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี”.

[อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก

https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614824959-540_3.pdf

3. สุนทรี ภาณุทัต, จำลอง ชูโต และเฉลิมศรี นันทวรรณ. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ.วารสารราชธานีวัตรกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ;2560:1(1),1-15.
4. รุติรัตน์ ดวงจินา และศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาล; 2563: 47(3), 469-80.
5. นิธิรัตน์ บุญตานนท์. ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1521531355.pdf
6. พุทธิพร พิธานธนากุล และภิรมย์ รัชตะนันท์. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร; 2562: 22(1), 1-13.
7. กิตติกร นิลมานัต, ขนิษฐา นาคะ, วิภาวี คงอินทร์, เอมอร แซ่จิ้ว, พัชรียา ไชยลังกา และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสภากาพยาบาล; 2556: 28(1), 75-84.
8. Assantachai P, Yamwong P and Lekhakula S. Alternative anthropometric measurements for the Thai elderly: mindex and demiquet. Asia Pac J Clin Nutr 2006;15(4): 521-7.
9. Weinbrenner T, Vioque J, Barber X, Asensio L. Estimation of height and body mass index from demi-span in elderly individuals. Gerontology. 2006;52:275-81. doi: 10.1159/000094608.
10. Malazonia M, Dvali G, Tabagari S and Tabagari N. Direct measured and alternative

- anthropometric indices in Georgian healthy elderly population: reliability/validity of assessment tools. 2019; GEORGIAN MEDICAL NEWS;5(290): 89-96.
11. สำนักงานสถิติจังหวัดกำแพงเพชร. ผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก http://kpphet.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=308:inforgraphic---2560&catid=84:2011-10-11-07-23-12&Itemid=558.
 12. สำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร. แนวทางการให้บริการผู้สูงอายุแบบครบวงจร ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.msdbangkok.go.th/download/bookoldman.pdf>
 13. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2558.
 14. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน 2559. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์; 2559.
 15. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. 2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดิไซน์; 2564.
 16. สุพรรณิ พุกษา และวรัญญา สุขประเสริฐ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุตำบลนาอ้อ อำเภอมือง จังหวัดเลย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น; 2561: 25(3), 67-76.
 17. ชัยภากรณ์ จิตตา, วิเชียร ต้นสุวรรณนนท์ และ ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง. ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5. วารสารโภชนาการ; 2563: 55(1), 62-77.
 18. Tsai A, Chang, T. The effectiveness of BMI, calf circumference and mid-arm circumference in predicting subsequent mortality risk in elderly Taiwanese. BJN. 2011; 105(2): 275-81. doi: 10.1017/S0007114510003429.
 19. Tsai A, Chang T, Wan J. Short-form mini-nutritional assessment with either BMI or calf circumference is effective in rating the nutritional status of elderly Taiwanese results of a national cohort study. Brit J Nutr. 2013;110: 1126-32. doi: 10.1017/S0007114513000366.
 20. ธัญธรรต เพชรเมือง, ดวงหทัย กลัดนวม, เพ็ญญา เป้งแข่ง และอภิญา กุลทะเล. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วารสารราชธานีวัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 2561: 2(3), 32-43.
 21. Sukkriang N., Somrak K. Correlation between mini nutritional assessment and anthropometric measurements among community-dwelling elderly individuals in rural southern Thailand. JMDH. 2021;14:1509-20. doi:10.2147/JMDH.S315652.
 22. Hirani V, Mindell J. A comparison of measured height and demi-span equivalent height in the assessment of body mass index among people aged 65 years and over in England. Age Ageing. 2008;37:311-17. doi: 10.1093/ageing/afm197.
 23. ขวีสภา แก้วอนันต์. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2561: 12(2), 112-9.
 24. Selvaraj K, Jayalakshmy R, Yousuf A, Singh A, Ramaswamy G and Palanivel C. Can mid-upper arm circumference and calf circumference be the proxy measures to detect undernutrition among elderly?

Findings of a community-based survey in rural Puducherry, India. J Family Med Prim Care. 2017; 6(2): 356-59. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_357_16.

25. Astuti Y, Jenie L. Correlation of body mass index on waist circumference and blood pressure. IJPHS. 2020;9(4):373-8. doi: 10.11591/ijphs.v9i4.20443.

Received: 6 Mar 2022, Revised: 11 Apr 2022

Accepted: 18 Apr 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร

สมยศ เจริญสุข¹ อุมาวดี เหลาทอง^{2*} ภูเบศร์ แสงสว่าง² เนตร หงษ์ไกรเลิศ³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหาปัจจัยพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในคลินิกเฉพาะด้านเอชไอวีและแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำนวน 283 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า จิตบริการ แรงจูงใจในการทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จิตบริการ ระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ และการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 58.7 กำหนดสมการถดถอย คือ การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ = (จิตบริการ) 0.175 + (ระบบบริการสุขภาพ) 0.116 - (บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ) 1.215 + (การศึกษาระดับปริญญาตรี) 1.056 จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมหรือรักษาให้บุคลากรมีจิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูงต่อไป รวมทั้งควรส่งเสริมนโยบายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม

* Corresponding author: umawadee.lao@mahidol.ac.th

*Original Article***Non-Stigmatized and Non-Discriminatory Against People Living with HIV/AIDS Services of Healthcare Providers in Community Hospitals, Phichit Province**Somyod Charoensuk¹, Umawadee Laothong^{2*}, Phubet Saengsawang², Nate Hongkrlert³**ABSTRACT**

This cross-sectional analytic study aimed to study non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS and to determine predictive factors for non-stigmatized and non-discriminatory against people living with HIV/AIDS services of healthcare providers in community hospitals, Phichit province. The sample was 283 healthcare providers who worked at HIV clinics and other departments. Self-administered questionnaires were used for data collection. Descriptive statistics as frequency, percentage, mean and standard derivation and multiple linear regression analysis were applied to analyze the data. The result revealed that service mind, motivation, health service system, healthcare provider's non-stigmatized and non-discriminatory against people living with HIV/AIDS services had overall average score at high level. Factors that could predict non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS were service mind, health service system, health service of supporting staff, and had bachelor's degree. These factors could combination predict non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS for 60.3%. The predicted equation from the regression analysis was assigned as follows: non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS = (service mind) 0.175 + (health service system) 0.116 - (health service of supporting staff) 1.215 + (bachelor's degree) 1.056. Based on the results of this study, community hospitals should be encouraged or maintained personnel to have a high level of service mind and motivation. Moreover, policy and supportive environment should be promoted or developed to facilitate and support services for people living with HIV/AIDS continuously.

Keywords: Non-stigma, Non-discriminatory, HIV/AIDS

¹ Master of Science Program in Public Health (Major in Community Health System Development), Faculty of Public Health, Mahidol University

² Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Research Center for Community Development, Siam University

* Corresponding author: umawadee.lao@mahidol.ac.th

บทนำ

โรคเอดส์ถือเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย เพราะโรคเอดส์มิใช่เป็นปัญหาแค่เพียงการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีผลเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางสังคม การรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ อีกด้วย¹ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 37.7 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต ประมาณ 680,000 คน สำหรับประเทศไทยจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่ด้วยแบบจำลองการระบาด ณ เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2563 คาดประมาณว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 501,105 คน เป็นเพศชาย 283,340 คน เพศหญิง 217,765 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,628 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 12,115 คน ซึ่งร้อยละ 3 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดจากการใช้สารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ส่วนอีก ร้อยละ 97 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน โดยยังมีช่องว่างจากการดำเนินงานในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสล่าช้า ซึ่งเห็นได้จากค่ามัธยฐาน Cluster of Differentiation 4 (CD4) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแรกรับที่ยังคงต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. สูงถึงร้อยละ 50² โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเข้าระบบการดูแลรักษาเมื่อมีอาการป่วยหนัก และยังคงพบจำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ สูงถึง 12,115 ราย³

การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศภาวะ ถือว่าเป็นเป้าหมายหลัก ข้อที่ 3 ในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยและทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ยังคงปรากฏอยู่ในทุกภาคส่วนของสังคมตั้งแต่ที่ทำงาน สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพ⁴ โดยจะยังมีผลกระทบร้ายแรงหากเกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ เช่น การปฏิเสธไม่ให้เข้ารับการรักษา การจัดให้ได้รับบริการเป็นลำดับสุดท้าย การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นทราบโดยไม่ได้รับ

ความยินยอม การใช้คำพูดดูถูกในระหว่างที่ให้บริการ เป็นต้น⁵ เพราะถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการขัดขวางการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มเสี่ยง จากรายงานการสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยใน ปี 2557 พบว่าประชาชน ร้อยละ 58.6 มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁶ ส่วนสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ในปี 2560 และ 2562 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง โดยสังเกตเห็นบุคลากรแสดงการรังเกียจในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลดลงจากร้อยละ 27 เป็น ร้อยละ 23.36 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการมารับบริการสุขภาพลดลง จากร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 11.06 แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีการตีตราตนเองและไม่ลดลง จากร้อยละ 34.91 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 36.06⁷ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นทัศนคติและพฤติกรรมเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถานบริการสุขภาพ โดยมีการสำรวจทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีความกลัวและมีการตีตราตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมีความกังวลในขณะให้บริการ ทำให้มีการป้องกันตนเองมากกว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของคณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทยพบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลป้องกันเกินความจำเป็น ซึ่งเกิดจากการกลัวการติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระดับสูง⁸

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ในปี 2563 ของจังหวัดพิจิตร มีประมาณ 2,737 คน จากการตรวจระดับ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.² ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบบริการดูแลรักษาช้า ซึ่งอาจ

ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านลบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด เป็นไปได้ว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพที่จัดให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังส่งผลต่อการกีดกันผู้มารับบริการจากการได้รับบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ อย่างเต็มคุณค่า รวมทั้งความกลัวการถูกรังเกียจกีดกัน ยังส่งผลให้ผู้รู้ว่ตนเองมีเชื้อเอชไอวีไม่กล้าไปเข้ารับบริการสุขภาพ เนื่องจากความวิตกกังวลกลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ² ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล จิตบริการ แรงจูงใจในการทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และการบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหาปัจจัยพยากรณ์การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพถือว่าเป็นต้นแบบที่ดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ อันจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำนวน 1,542 คน⁹ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำนวน 283 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีทราบขนาดของประชากรโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน¹⁰ สุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยจำแนกผู้ให้บริการสุขภาพ ตามรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 11 แห่ง แล้วจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้

ให้บริการสุขภาพทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ จากนั้นในแต่ละโรงพยาบาลทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือการวิจัยและการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตบริการ ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามของมนต์จรัส วัชรสิงห์¹¹ จำนวน 34 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์¹² และแดเนียล¹³ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 124.68 – 170.00 คะแนน ระดับปานกลาง 79.34 – 124.67 คะแนน และระดับต่ำ 34.00 – 79.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามของมนต์จรัส วัชรสิงห์¹¹ จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์¹² และแดเนียล¹³ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 91.68 – 125.00 คะแนน ระดับปานกลาง 58.34 – 91.67 คะแนน และระดับต่ำ 25.00 – 58.33 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามจากแบบสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ⁴ และการสอบถาม

ผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 26 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์¹² และแดเนียล¹³ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 95.36 – 130.00 คะแนน ระดับปานกลาง 60.68 – 95.35 คะแนน และระดับต่ำ 26.00 – 60.67 คะแนน

ส่วนที่ 5 การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งพัฒนามาจากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์¹² และแดเนียล¹³ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 33.02 – 45.00 คะแนน ระดับปานกลาง 21.01 – 33.01 คะแนน และระดับต่ำ 9.00 – 21.00 คะแนน

วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้ ภาพรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.980 ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตบริการ เท่ากับ 0.906 ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน เท่ากับ 0.962 ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.956 และส่วนที่ 5 การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เท่ากับ 0.951

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ (Statistical Package for Social Sciences: SPSS) เวอร์ชัน 18 โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยพยากรณ์ในการ

ทำนายการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2019-085 วันที่รับรอง 21 มิถุนายน 2562

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.6 อายุ อยู่ระหว่าง 24 – 37 ปี ร้อยละ 48.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 66.1 ตำแหน่งที่ปฏิบัติบุคลากรวิชาชีพ/สาธารณสุข เป็นพยาบาล ร้อยละ 31.1 ส่วนบุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 8.8 ลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์โดยตรงที่คลินิกยาต้านไวรัส ร้อยละ 8.5 ส่วนบริการสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 15.2 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยนอก ร้อยละ 10.2 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระหว่าง 10 – 19 ปี ร้อยละ 45.2

ปัจจัยด้านจิตบริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีจิตบริการในระดับสูง ร้อยละ 85.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับจิตบริการโดยภาพรวม

ระดับจิตบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. จิตบริการในระดับสูง (124.68 – 170.00 คะแนน)	243	85.9
2. จิตบริการในระดับปานกลาง (79.34 – 124.67 คะแนน)	40	14.1
Max = 170 Min = 93 Mean = 139.82 S.D. = 15.16		

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ดังตารางที่ 2
 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูง ร้อยละ 60.4 รองลงมา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการทำงานโดยภาพรวม

ระดับแรงจูงใจในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. แรงจูงใจในการทำงานในระดับสูง (91.68 – 125.00 คะแนน)	171	60.4
2. แรงจูงใจในการทำงานในระดับปานกลาง (58.34 – 91.67 คะแนน)	109	38.5
3. แรงจูงใจในการทำงานในระดับต่ำ (25.00 – 58.33 คะแนน)	3	1.1
Max = 125 Min = 49 Mean = 94.88 S.D. = 14.69		

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ไม่ดี ต่ำ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.6 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 3
 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการที่

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการที่ไม่ดี ต่ำ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยภาพรวม

ระดับระบบบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในระดับสูง (95.36 – 130.00 คะแนน)	214	75.6
2. มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในระดับปานกลาง (60.68 – 95.35 คะแนน)	68	24.0
3. มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในระดับต่ำ (26.00 – 60.67 คะแนน)	1	0.4
Max = 130 Min = 57 Mean = 103.85 S.D. = 13.95		

การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติ
ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ระดับสูง ร้อยละ 89.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 ดังตารางที่ 4

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการ
บริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับการ
บริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยภาพรวม

ระดับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	จำนวน	ร้อยละ
1. มีการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในระดับสูง (33.02 – 45.00 คะแนน)	254	89.8
2. มีการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในระดับปานกลาง (21.01 – 33.01 คะแนน)	29	10.2
Max = 45 Min = 25 Mean = 39.37 S.D. = 5.27		

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณปัจจัยที่
ส่งผลต่อการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ใน
โรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและ
เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้
ให้บริการสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ได้แก่ จิตบริการ ระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสาย

สนับสนุนการบริการสุขภาพ และการศึกษาระดับปริญญาตรี
โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถรวมกันพยากรณ์การบริการที่ไม่ดี
ตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 58.7
($R^2=0.587$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอย คือ การ
บริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ =
(จิตบริการ) 0.175 + (ระบบบริการสุขภาพ) 0.116 - (บุคลากร
สายสนับสนุนการบริการสุขภาพ) 1.215 + (การศึกษาระดับ
ปริญญาตรี) 1.056 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ รายปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอ
วี/เอดส์ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	Beta	t	p-value
Constant	2.338	2.003		1.167	0.244
จิตบริการ	0.175	0.016	0.505	10.769	<.001*
ระบบบริการสุขภาพ	0.116	0.018	0.308	6.540	<.001*
บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ (บุคลากรวิชาชีพ/สาธารณสุข เป็นกลุ่มอ้างอิง)	-1.215	0.542	-0.096	-2.243	0.026*
การศึกษาระดับปริญญาตรี (การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นกลุ่มอ้างอิง)	1.056	0.472	0.095	2.238	0.026*

$R = 0.766$ $R^2 = 0.587$ $S.E._{est} = 3.408$ $F = 98.920$ Sig of $F = <.0001$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีจิตบริการ แรงจูงใจในการทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพความเป็นมนุษย์จนรวมถึงการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกันบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพ การให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างเป็นมิตรและไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ที่กำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ¹⁴ และสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน การปฏิบัติต่อคนอื่น ๆ นั้นต้องเสมอกันในฐานะของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ซึ่งเป็นที่ยอมรับในทางสากล เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์ เพื่อให้สามารถป้องกันตัวเองให้ปลอดภัยจากเอดส์ได้ สิทธิที่จะได้รับอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต เช่น ถุงยางอนามัย เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด สิทธิในการรับการรักษาและดูแล สิทธิด้านสวัสดิการและได้รับการทางสังคม เป็นต้น¹⁵ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความรู้ในงานที่ให้บริการและความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จะแนะนำให้ไปติดต่อสอบถามเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความรักและความเข้าใจที่ดีต่อกันส่งผลให้กระบวนการทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น และผลงานมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน

และผู้รับบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตรมีแนวทางหรือคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน รวมทั้งการมีระบบรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งในระบบคอมพิวเตอร์ และเวชระเบียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ไพบูลสิน (2560) ที่ทำการศึกษากการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขตภาคใต้ตอนล่าง โดยพบว่า สถานการณ์ การตีตราในระบบบริการมีแนวโน้มลดลง¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริญา พลแพงขวา และคณะ (2564) ที่พบว่า พฤติกรรมจิตบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับสูง¹⁷ สอดคล้องกับศึกษาของเพ็ญพิชชา ล้วนดี และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ (2558) ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura Nyblade และคณะ (2009) พบว่าการออกแบบกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีควรมุ่งเน้นไปที่ระดับบุคคล สิ่งแวดล้อม และนโยบาย⁵

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ จิตบริการ ระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ และการศึกษาาระดับปริญญาตรี อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพมีจิตบริการที่ดี จะแสดงออกผ่านพฤติกรรมการบริการที่เหมาะสม เช่น การให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม สายตาที่เป็นมิตร และคำพูดที่สุภาพ ทำให้เกิดการให้บริการที่ดีแก่ผู้รับบริการทุกรายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์จรัส วัชรสิงห์ และคณะ (2558) ที่พบว่า จิตบริการด้านการมีสติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ด้านการมีความรู้ในงานที่ให้บริการ และด้านการมีทัศนคติที่ดี สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการของพยาบาลได้¹⁹

ระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาจเป็นเพราะสภาวะแวดล้อมในหน่วยงานเป็นปัจจัยหลักที่ขับเคลื่อนให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ หากสามารถจัดการแก้ไขสภาวะแวดล้อมดังกล่าวได้ จึงช่วยหนุนเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล เนื่องจากบุคคลอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมขององค์กรที่ส่งผลต่อการกระทำหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมบริการของบุคคลในองค์กรด้วย²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ จิวปัญญา (2564) ที่พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพและด้านนโยบายของหน่วยงาน มีผลต่อทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดนครสวรรค์²¹

บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ มีหน้าที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรสายวิชาชีพ/สาธารณสุข แม้ว่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดความคล่องตัวในขั้นตอนการปฏิบัติงาน แต่บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพมีลักษณะการทำงานตามหน้าที่ และตามขั้นตอนที่ถูกกำหนดไว้แล้วโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้²² กอรกับบุคลากรสายวิชาชีพ/สาธารณสุขส่วนใหญ่ปฏิบัติงานโดยมีใบประกอบวิชาชีพรองรับ หากฝ่าฝืนอาจได้รับโทษตามที่องค์กรวิชาชีพแต่ละองค์กรกำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harapan Harapan และคณะ (2013) ที่พบว่า ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ เมืองบันดาอะเจห์ ประเทศอินโดนีเซีย²³

การศึกษาระดับปริญญาตรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากการศึกษาระดับปริญญาตรีมุ่งเน้นที่จะสร้างให้บัณฑิตมีความรู้และทักษะในสาขา

เฉพาะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ที่ต้องการคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ คือ เป็นบัณฑิตที่มีคุณธรรมจริยธรรม มีเมตตา เอื้ออาทร ดูแลผู้รับบริการด้วยจิตบริการ เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีความรับผิดชอบหน้าที่²⁴ โดยในการเรียนการสอนจะมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ²⁵ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานให้บริการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงทุกมิติ และสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง²⁶ สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา ด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมายพฤติกรรมของบุคคล²⁷

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนที่บุคลากรมีจิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานโดยภาพรวมและรายด้านในระดับสูงอยู่แล้ว ควรส่งเสริมหรือรักษาสภาพให้บุคลากรยังคงมีจิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูงต่อไป รวมทั้งควรกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ครบทุกด้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ให้บริการเอง ผู้รับบริการ และหน่วยงาน รวมถึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการที่เพิ่มขึ้นต่อไป

2. โรงพยาบาลชุมชนควรจัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านนโยบายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน เปรียบปริมาณผสมผสานกับเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษามุมมองจากผู้รับบริการร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเครือข่ายการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตร ทั้ง 11 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร ทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหา เอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2560.
2. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย. การดำเนินงานระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/national.php>
3. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย. คาดประมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ศูนย์อำนวยการ บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. คู่มือการติดตามและ เลือกรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ ของประเทศไทย การสำรวจในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider survey). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธารา; 2560.
5. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what work ?. Journal of the International AIDS Society 2009; 12(15): 1-7.
6. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย. เอกสารเผยแพร่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php>
7. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สิ่งพิมพ์ : คู่มือ/หนังสือ รายงานประจำปี พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=11502
8. คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจ สถานการณ์การติดตามและเลือกรูปแบบ. การติดตามและ เลือกรูปแบบในประเทศไทย [เอกสารประกอบการ ประชุม]. 2558.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สรุปข้อมูลบุคลากร ทุกหน่วยงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ppho.go.th/mis-new/index.php>
10. ธีรวิทย์ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏ อุบลราชธานี; 2543.
11. มนต์จรัส วัชรสิงห์. จิตบริการและแรงจูงใจในการทำงาน ที่พยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการของพยาบาล [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระเจ้าเกล้าพระนครเหนือ; 2556.
12. Best JW. Research in education. 3 rd ed. Engle Clift. NJ: Prentice-Hall; 1977.
13. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
14. แพทย์สภา. คำประกาศ "สิทธิ" และ "ข้อพึงปฏิบัติ" ของ ผู้ป่วย ฉบับใหม่ ออกโดย 6 สมาชิวิชาชีพ

- ประกาศ ณ วันที่ 12 สิงหาคม 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/157>
15. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานองค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน”. กรุงเทพฯ:เจ. เอส. การพิมพ์; 2560.
 16. นพดล ไพบูลสิน, นิมนอนงค์ ไทยเจริญ, ณัฐพร ฉั่วอรุณ. การศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขตภาคใต้ตอนล่าง. วารสารโรคเอดส์ 2560; 29(2): 85-95.
 17. ศิรญา พลแพงขวา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คามะทิตย์, นกศพร เทวะเศกสรรค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจิตบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 4(1): 16-26.
 18. เพ็ญพิชชา ล้วนดี, เขียวลักษณ์ อ่ำรำไพ. แรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). วารสารก่อการณ 2558; 22(1): 48-59.
 19. มนต์จรัส วัชรสิงห์, เบญจวรรณ บุญยะประพันธ์, สุนทรี ศักดิ์ศรี. จิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานที่พยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการของพยาบาล. วารสารวิชาการศิลป ศาสตร์ประยุกต์ 2558; 8(2): 115-31.
 20. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพฯ:เจ. เอส. การพิมพ์; 2559.
 21. วรณิ จิวปัญญา. ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัด นครสวรรค์ 2564; 15(1): 30-40.
 22. ชมพู เนินหาด, เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, ดารารรณ รองเมือง. จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ: บทบาทบุคลากรสายสนับสนุน Service Mind to Work Excellence: Role of Supportive Staffs. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563; 3(2): 33-45.
 23. Harapan H, Feramuhawan S, Kumiawan H, Anwar S, Andalas M, Hossain MB. HIV-related stigma and discrimination: a study of health care workers in Banda Aceh, Indonesia. Medical Journal of Indonesia 2013; 22: 22-9.
 24. พัชรพรรณ ชูเลิศ, บุญตา สุขวดี, มนัสชนกข์ กุลพานิชย์. การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กับนักศึกษาพยาบาล Generation Z. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2560; 18(2): 28-35.
 25. ศักดิ์มงคล เชื้อทอง, ทศนีย์ เกริกกุลธร. การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2560; 11(4): 1-13.
 26. อติญาณ ศรีเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, ปริญญ์ จิตอร่าม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการท งานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(3): 37-48.

Received: 2 Apr 2022, Revised: 28 May 2022

Accepted: 20 Jun 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตรวจสอบยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อหมูสด และเนื้อไก่สดที่จำหน่ายในตลาดสดในเขต กรุงเทพมหานคร จังหวัดนครปฐม และจังหวัดนครราชสีมา

สุวิษฐา ผลพุดน^{*1}, อาชวธร ชินวสุสิน ภัยลี้²,
วรวิทย์ วิริยะประสิทธิ์ชัย³ พิสิษฐ์ เตชะพรอนันต์⁴

บทคัดย่อ

ปัญหาของเชื้อดื้อยาในประเทศไทยเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน ซึ่งเชื้อดื้อยามีการปรับตัวต่อยาโดยวิธีการต่างๆ เพื่อที่จะขจัดหรือลดประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะ และการเลี้ยงสัตว์เศรษฐกิจที่นำมาประกอบอาหาร โดยทั่วไปจะมีการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งช่วยเร่งการเจริญเติบโต ซึ่งผู้ที่บริโภคอาหารที่ถูกปนเปื้อนเข้าสู่ร่างกายก็จะส่งผลเสียต่างๆตามกลุ่มของเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคในคนเกิดจากการติดต่อผ่านทางอาหารเป็นหลัก งานวิจัยนี้ตรวจสอบหาปริมาณยาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่างเนื้อหมูสด จำนวน 81 ตัวอย่าง และเนื้อไก่สด จำนวน 87 ตัวอย่าง ที่จำหน่ายในตลาดสด ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จังหวัดนครปฐม และนครราชสีมา รวมทั้งหมด 168 ตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling) ใช้ชุดตรวจ หายาปฏิชีวนะตกค้างของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งมีความถูกต้องร้อยละ 93 ความไวร้อยละ 78.9 ความจำเพาะร้อยละ 96.7 และสามารถตรวจสอบยาตกค้างได้อย่างน้อย 12 ชนิด ผลการศึกษาตรวจพบ ยาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่างเนื้อหมูสด ตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อหมูสด จำนวน 3 ตัวอย่าง จากตัวอย่างเนื้อหมู 81 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 3.7 ของตัวอย่างเนื้อหมู กลุ่มยาที่ตรวจพบในตัวอย่าง เนื้อหมูคือ เตตราไซคลิน (Tetracycline) แมโครไลด์ (Macrolide) อะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycoside) ซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamide) เพนิซิลลิน (Penicillin) ส่วนในตัวอย่างเนื้อไก่สด จำนวน 187 ตัวอย่างตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง

คำสำคัญ: ยาปฏิชีวนะตกค้าง, เนื้อหมูสด, เนื้อไก่สด

โรงเรียนสุรวิวัฒน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี¹ และโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา²

*Corresponding author: bphonporton@gmail.com

*Original Article***Determination of Antibiotic Residue in raw pork and chicken in markets in Bangkok, Nakhon Pathom and Nakorn Ratchasima provinces**Suwapitchar Phonporton^{*1}, Archwath Shinwasusin Pailee²,Warit Wiriyaprasitchai³ Phisit Taechapornanan⁴**ABSTRACT**

The problem of drug-resistant bacteria in Thailand is caused by irrational antibiotic use which occurred in both healthcare and community settings. Drug-resistant bacteria adapt itself to resist to drugs by various methods to eliminate or reduce the effectiveness of antibiotics. As well as in commercial farming where farmers use antibiotics for reasons such as preventing, treating disease and to accelerating growth which could consequence in drug residue in those livestock. Consumption of meat with drug residue could lead to drug resistance problem in human. This study detect a total of 168 samples which were 81 samples of raw pork and 87 samples of raw chicken sold in fresh market in Bangkok area Nakhon Pathom Province and Nakhon Ratchasima. In this study convenience sampling methods was used. The samples were tested by Antibiotic Residue Detection Kit of the Department of Medical Sciences. Its accuracy is 93%, 78.9% sensitivity, 96.7 percent specificity, and can detect drug residues of at least 12 species. It had been found antibiotic residues in 3 (3.7%) pork samples from a total of 81 samples. Antibiotic residue found were Tetracycline and Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide. and Penicillin None antibiotic residue of Tetracycline and Macrolide, Aminoglycoside and Sulfonamide and Penicillin were found in raw chicken samples.

Keywords: Antibiotic residues, Fresh pork, Fresh chickenSurawiwat School, Suranaree University of Technology¹ and Triamudomsuksa School²*Corresponding author : bphonporton@gmail.com

บทนำ

จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจ อาเซียน หรือ เออีซี (AEC) ในปี 2558 นั้น ทำให้ต้องยกระดับมาตรฐานอาหารไทยให้มี คุณภาพ มีความปลอดภัย และสามารถเพิ่มผลผลิตการส่งออกไปแข่งขันกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาค ทำให้ผู้ผลิตมีการใช้ยาต่างๆ โดยเฉพาะอุตสาหกรรมเลี้ยงสัตว์เพื่อการบริโภค เช่น เนื้อสุกร เป็นต้น การใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ 1. เพื่อการรักษา 2. เพื่อการป้องกันโรค และ 3. เพื่อเร่งการเจริญเติบโต การใช้ยาต้านจุลชีพ ที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปัญหาคัญที่มี การพูดถึงกันอย่างกว้างขวางทั่วโลก คือ ปัญหาเชื้อดื้อยาและ ปัญหายาปฏิชีวนะตกค้างในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดความเสียหายมหาศาลทั้งในเชิงสุขภาพอนามัย และเศรษฐกิจของประเทศ ปัจจุบันพบผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อดื้อยาทั่วโลกกว่า 700,000 คนต่อปี หากนับเฉพาะในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อราว 87,751 คน และเสียชีวิตปีละประมาณ 42,509 ราย¹

ประเทศไทยพบการตกค้างของยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะในเนื้อสัตว์ มาโดยตลอด นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งเพิกถอนทะเบียนตำรับยาที่มีคลอแรมเฟนิคอลและอนุพันธ์ ซึ่งนำมาใช้ในสัตว์ที่ใช้บริโภค เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2532 เป็นต้นมา² รายงานจากกรมปศุสัตว์ ปี 2552 ได้สำรวจเนื้อสัตว์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เนื้อไก่ จำนวน 3.06 % ตรวจพบว่ามี Erythromycin ตกค้าง ในขณะที่เนื้อสุกรตรวจพบ มี Amoxycilin และ Sulfa ตกค้างในจำนวน 1.4% และ 2.3% ตามลำดับ สาเหตุที่พบการตกค้างของยาปฏิชีวนะ มีผลมาจากหลายสาเหตุ เช่นไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดระยะปลอดยา ความผิดพลาดจากการผสมอาหารจากโรงงาน และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์และผิดประเภท ปัจจุบันได้มีมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการผลิตสินค้าเกษตรให้มีความปลอดภัยจาก

การมีสารตกค้าง เพื่อที่จะยกระดับมาตรฐานสินค้าเกษตร โดยเฉพาะกลุ่มสินค้าจากปศุสัตว์ โดยออกเป็นพระราชบัญญัติมาตรฐานสินค้าเกษตร พ.ศ 2551 เพื่อควบคุมกำกับความปลอดภัยของสินค้า รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศควบคุมปริมาณยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสัตว์ ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 303) พ.ศ. 2550 เรื่องอาหารที่มียาสัตว์ตกค้าง กำหนดปริมาณตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Limit, MRL) (ไมโครกรัมของสารต่อ 1 กิโลกรัม) ยาปฏิชีวนะสำหรับเนื้อสุกรสด ไก่สด ที่ 200 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม³ ในขณะเดียวกันภายใต้มาตรการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัย³ มีการสุ่มตรวจวัตถุดิบอาหารประเภทต่างๆ จากสถานการณ์การดื้อยาด้านจุลชีพในเนื้อสัตว์ของประเทศไทย จากรายงานโครงการบูรณาการอาหารปลอดภัยประจำปี 2562 ได้มีการสำรวจเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในเนื้อสัตว์ 3 ชนิด ได้แก่ เนื้อสุกร เนื้อไก่ และ เนื้อวัว อัตราเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพพบสูงสุดในเนื้อไก่ ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือเนื้อสุกร และเนื้อวัว ร้อยละ 65.6 และ 51.8 ตามลำดับ⁴

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการหาสารตกค้างยาปฏิชีวนะ ในเนื้อสุกรและในเนื้อไก่ เนื่องจากปัจจุบันพบว่าการระบาดของ เชื้อไวรัสอหิวาต์แอฟริกาในสุกร (African Swine Fever virus: ASF) ในช่วงปลายปี 2564 ถึงปี 2565 ทำให้มีสุกรตายจำนวนมาก กระทั่งต่อเศรษฐกิจ สุกรมีราคาแพงมากขึ้น เนื่องจากเนื้อสุกรขาดแคลน ดังนั้นผู้ประกอบการต้องมีการเร่งผลิตเนื้อสุกร และ เนื้อไก่เพื่อชดเชยเนื้อสุกร ทำให้อาจมีสารปฏิชีวนะตกค้างได้พื้นที่ที่ศึกษา ของผู้วิจัย ได้แก่ 1. จังหวัดนครปฐม เนื่องจากพบมีการระบาดของโรคในจังหวัดเป็นแห่งแรก ประกอบกับ เป็นพื้นที่ที่มีการเลี้ยงสุกรเป็นจำนวนมาก 2. กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของประเทศไทย ประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น และมีตลาดสดจำนวนมาก

3. จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อหมูสด และเนื้อไก่สด ที่จำหน่ายในตลาดสด

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

เป็นการสำรวจยาปฏิชีวนะ Tetracycline , Macrolide, Aminoglycoside, กลุ่ม Sulfonamide และกลุ่ม Penicillin ที่ตกค้างในเนื้อสุกรสด เนื้อไก่สดที่จำหน่ายในตลาดสด โดยการทดสอบกับชุดทดสอบสารตกค้างยาปฏิชีวนะของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย : เดือนมกราคม – มีนาคม 2565

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling Methods) ใช้เนื้อสุกรสด และ เนื้อไก่สด รวมทั้งสิ้น 81 ตัวอย่าง เนื้อไก่รวมจำนวน 87 ตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างจากร้านค้าในตลาดสด ของจังหวัดกรุงเทพมหานคร นครปฐม และ นครราชสีมา ได้แก่

1) ตลาดสดในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง จำนวน 18 ร้าน เป็นเนื้อสุกรสดจำนวน 18 ตัวอย่าง และเนื้อไก่ จำนวน 24 ตัวอย่าง

2) ตลาดสดในเขตจังหวัดนครปฐม 3 แห่ง จำนวน 18 ร้าน เป็นเนื้อสุกรสดจำนวน 24 ตัวอย่าง และเนื้อไก่ จำนวน 24 ตัวอย่าง

3) ตลาดสดในเขตจังหวัดนครราชสีมา 5 แห่ง จำนวน 20 ร้าน เป็นเนื้อสุกรสดจำนวน 39 ตัวอย่าง และเนื้อไก่ จำนวน 39 ตัวอย่าง (แสดงในแผนภาพ 1)

แผนภาพ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของเนื้อสุกรสด เนื้อไก่สด ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดนครปฐม และ จังหวัดนครราชสีมา

จังหวัด	จำนวนร้านค้า	จำนวนตัวอย่าง		รวม
		เนื้อสุกร	เนื้อไก่	
กรุงเทพมหานคร	18	18	24	42
นครปฐม	18	24	24	48
นครราชสีมา	20	39	39	78
รวม	56	81	87	168

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดทดสอบสารตกค้างยาปฏิชีวนะของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลิตโดย โรจนารักษ์เภสัช ซึ่งชุดทดสอบนี้มีความถูกต้องร้อยละ 93 ความไวร้อยละ 78.9 ความจำเพาะร้อยละ 96.7 และสามารถตรวจสอบยาตกค้างได้อย่างน้อย 12 ชนิด 5

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บตัวอย่าง โดยการสุ่มจากตลาดสด จำนวน 56 ร้าน จาก 11 ตลาด ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างละ 15 กรัม จำนวน เนื้อสุกร 81 ตัวอย่าง จำนวนเนื้อไก่ 87 ตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการเก็บและการเตรียมตัวอย่างเนื้อสัตว์

- 1) สับหรือบดตัวอย่างเนื้อสัตว์ให้ละเอียด
- 2) สุ่มตัวอย่างเนื้อสัตว์ในที่บดละเอียดแล้ว 15 กรัม ใส่ในหลอด Centrifuge tube ขนาด 30 มิลลิลิตร 3 หลอด แบ่งเป็นหลอดละ 5 กรัม
- 3) เติมน้ำยาสกัด A (กลุ่ม Tetracycline), น้ำยาสกัด B (กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside และ Sulfonamide) และน้ำยาสกัด C (กลุ่ม Penicillin) อย่างละ 5 มิลลิลิตรในแต่ละหลอด Centrifuge tube
- 4) เขย่าหลอด Centrifuge tube อย่างแรง ด้วยมือหรือเครื่องเขย่า 10 นาที แล้วนำไปให้ความร้อนใน Water bath ที่อุณหภูมิ 60°C เป็นเวลา 5 นาที และทำให้ตัวอย่างเย็นลงโดยเร็ว โดยการแช่หลอด Centrifuge tube ลงในถังน้ำแข็งเป็นเวลา 1 นาที
- 5) นำตัวอย่างที่ได้มาปั่นเหวี่ยงผ่านเครื่อง Centrifuge ที่ 3,000 – 4,000 รอบ นาน 15 นาที จนสังเกตเห็นการแยกชั้นกันของตัวอย่างโดยมีส่วนของเหลวใสอยู่ด้านบน และเนื้อสัตว์อยู่ด้านล่าง
- 6) ตรวจสอบค่า pH ของส่วนของเหลวใส พร้อมจดบันทึก แล้วจึงปรับค่า pH โดยการหยดสารละลาย NaOH ปริมาณ 1-2 หยด ให้ pH ของส่วนของเหลวใสมีค่า pH 6.5 หรือ มากกว่า

อุปกรณ์ชุดทดสอบ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบหายาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสุกรสด และไก่สด มีดังนี้

- 1) หลอดทดสอบสำเร็จรูป 50 หลอด
- 2) หลอดหยดพลาสติก 10 หลอด
- 3) อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการตรวจ
- 4) อ่างน้ำร้อน / ตู้บ่มเชื้อ (ควบคุมอุณหภูมิ $64 \pm 2^{\circ}\text{C}$)
- 5) น้ำยาสกัด A, B และ C (เลือกใช้น้ำยาสกัดตามชนิดของยาตกค้างที่จะตรวจสอบ)

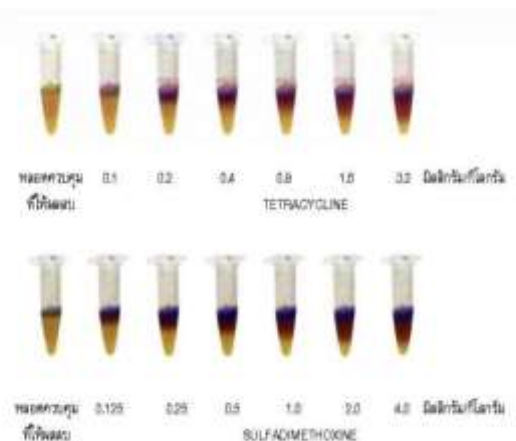
วิธีการตรวจสอบ

- 1) หยดตัวอย่างเนื้อสัตว์ที่สกัดแล้วตามกลุ่มยาที่ต้องการตรวจสอบด้วย dropper 4 หยด (ไม่ให้มีฟองอากาศ) ลงในแต่ละชุดทดสอบ
- 2) หยด 4 หยด ของ negative control sample ลงใน หลอดทดสอบ 1 หลอด
- 3) นำชุดทดสอบตามข้อ 1 และ 2 ไปบ่มเพาะเชื้อ ใน water bath ที่อุณหภูมิ 65°C เป็นเวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที โดยให้อาหารเลี้ยงเชื้อในหลอดอยู่ใต้ระดับน้ำ จนกระทั่งหลอด negative control sample เปลี่ยนสีจากสีม่วงเป็นสีเหลืองทั้งหลอด จึงสังเกตสีของหลอดตัวอย่าง และแปลผลที่ได้

วิธีการแปลผล

นำหลอดตัวอย่างมาเปรียบเทียบกับสีที่พบกับหลอด negative control sample

- 1) ถ้าชุดทดสอบเปลี่ยนเป็นสีเหลืองทั้งหลอด บ่งชี้ว่า ไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง
- 2) ถ้าชุดทดสอบเปลี่ยนเป็นสีม่วง สีม่วง-เหลือง หรือ สีม่วงทั้งหลอด โดยแถบสีขึ้นกับปริมาณของยาปฏิชีวนะที่ตกค้างในเนื้อสัตว์⁵



แผนภาพ 2 แสดงการเทียบสีปริมาณของยาปฏิชีวนะที่ตกค้างในเนื้อสัตว์

ผลการศึกษา

ผลตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างกลุ่ม Tetracycline, กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide และ กลุ่ม Penicillin ในตัวอย่างเนื้อหมูสดจำนวน 81 ตัวอย่างพบว่า ตัวอย่างเนื้อหมูสดที่สุ่มซื้อจากตลาดสดในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 18 ตัวอย่าง ไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด ส่วนตัวอย่างเนื้อหมูสดจาก

ตลาดสดในเขตจังหวัดนครปฐมจำนวน 24 ตัวอย่าง ตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างเป็นจำนวน 3 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด โดยช่วงของปริมาณยาที่พบอยู่ 125-200 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม และตัวอย่างเนื้อหมูสดจากตลาดในเขตจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 39 ตัวอย่างตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างและร้อยละที่พบในตัวอย่างเนื้อหมูสด และช่วงของปริมาณยาที่พบ (n=81)

ลำดับ	แหล่งที่มาของตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง	ร้อยละของจำนวนตัวอย่างที่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง	ปริมาณยาปฏิชีวนะที่ตกค้าง ($\mu\text{g} / \text{kg}$)
1	กรุงเทพมหานคร	18	0	0%	-
2	นครปฐม	24	3	12.5%	125-200
3	นครราชสีมา	39	0	0%	-
	รวม	81	3	3.7%	125-200

ผลตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างกลุ่ม Tetracycline, กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide และ กลุ่ม Penicillin ในตัวอย่างเนื้อไก่สดจำนวน 87 ตัวอย่างพบว่า ตัวอย่างเนื้อไก่สดที่สุ่มซื้อจากตลาดสดในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 24 ตัวอย่าง ไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด ส่วนตัวอย่างเนื้อหมูสดจากตลาดสดใน

เขตจังหวัดนครปฐมจำนวน 24 ตัวอย่าง ตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด และตัวอย่างเนื้อหมูสดจากตลาดในเขตจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 39 ตัวอย่างตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างและร้อยละที่พบในตัวอย่างเนื้อไก่สด และช่วงของปริมาณยาที่พบ(n=87)

ลำดับ	แหล่งที่มาของตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง	ร้อยละของจำนวนตัวอย่างที่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง	ปริมาณยาปฏิชีวนะที่ตกค้าง ($\mu\text{g} / \text{kg}$)
1	กรุงเทพ	24	0	0%	-
2	นครปฐม	24	0	0%	-
3	นครราชสีมา	39	0	0%	-
	รวม	87	0	0%	-

ผลตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างกลุ่ม Tetracycline, กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide และ กลุ่ม Penicillin ในตัวอย่างเนื้อหมูสดจำนวน 81 ตัวอย่างพบว่า ตัวอย่างเนื้อหมูสดที่สุ่มซื้อจากตลาดสดในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 18 ตัวอย่าง ไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้างจากทั้ง 3 กลุ่มยา คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด ส่วนตัวอย่างเนื้อหมูสดจากตลาดสดในเขตจังหวัดนครปฐมจำนวน 24 ตัวอย่าง ตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างจำนวน 3 ตัวอย่าง จาก 2 กลุ่มยา ประกอบด้วย การตรวจพบสารกลุ่ม Tetracycline 1 ตัวอย่าง

ปริมาณ 200 ไมโครกรัมต่อเนื้อหมู 1 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 4.17 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด และ การตรวจพบสารกลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide 2 ตัวอย่าง ปริมาณตัวอย่างละ 125 ไมโครกรัมต่อเนื้อหมู 1 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด สำหรับตัวอย่างเนื้อหมูสดจากตลาดในเขตจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 39 ตัวอย่างตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้างจากทั้ง 3 กลุ่มยา คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. ผลการตรวจยาปฏิชีวนะกลุ่ม Tetracycline, กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide และ กลุ่ม Penicillin ตกค้างในตัวอย่างเนื้อหมูสด (n=81)

ลำดับ	แหล่งที่มาของตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	Tetracycline n (%)		Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide n (%)		Penicillin n (%)	
1	กรุงเทพ	18	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-
2	นครปฐม	24	1 (4.17%)	200	2 (8.33%)	125	0 (0 %)	-
3	นครราชสีมา	39	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-
	รวม	81	1 (1.23 %)	-	2 (2.47 %)	-	0 (0 %)	-

ผลตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างกลุ่ม Tetracycline, กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide และ กลุ่ม Penicillin ในตัวอย่างเนื้อไก่สดจำนวน 87 ตัวอย่างพบว่า ตัวอย่างเนื้อไก่สดที่สุ่มซื้อจากตลาดสดในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 24 ตัวอย่าง ไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้างจากทั้ง 3 กลุ่มยา คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด ส่วนตัวอย่าง

เนื้อหมูสดจากตลาดสดในเขตจังหวัดนครปฐมจำนวน 24 ตัวอย่าง ตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้างจากทั้ง 3 กลุ่มยา คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด และตัวอย่างเนื้อหมูสดจากตลาดในเขตจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 39 ตัวอย่างตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้างจากทั้ง 3 กลุ่มยา คิดเป็นร้อยละ 0 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 4

ตารางที่ 4. ผลการตรวจยาปฏิชีวนะกลุ่ม Tetracycline, กลุ่ม Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide และ กลุ่ม Penicillin ตกค้างในตัวอย่างเนื้อไก่สด (n=87)

ลำดับ	แหล่งที่มาของตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	Tetracycline n (%)		Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide n (%)		Penicillin n (%)	
1	กรุงเทพ	24	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-
2	นครปฐม	24	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-
3	นครราชสีมา	39	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-
	รวม	87	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า จากตัวอย่างเนื้อสุกรสด และไก่สด ที่ตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างกลุ่ม Tetracycline, Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide, Penicillin มีอัตราการตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างอยู่ระดับต่ำ จาก 81 ตัวอย่างสุกรสด ตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างจำนวน 3 ตัวอย่าง และตัวอย่างเนื้อไก่สดจำนวน 87 ตัวอย่างตรวจไม่พบยาปฏิชีวนะตกค้าง ใน 3 ตัวอย่างเนื้อสุกรสดมียาปฏิชีวนะตกค้างช่วง 125-200 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งเป็นระดับที่ไม่เกินปริมาณยาตกค้างสูงสุด (MRLs; Maximum Residue Limits) ที่กฎหมายกำหนด³ แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรผู้เลี้ยงสุกร และไก่ จากตัวอย่างที่สุ่มมา มีการหยุดยา อย่างน้อย 7-14 วัน⁶ ก่อนส่งเข้าโรงฆ่าสัตว์ตามการหลักใช้ยาปฏิชีวนะที่

ถูกต้อง กลุ่มยาปฏิชีวนะที่ตรวจพบในตัวอย่างเนื้อสุกรเป็นตัวอย่างมาจากพื้นที่จังหวัดนครปฐม และตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างกลุ่ม Tetracycline และ Macrolide, Aminoglycoside, Sulfonamide อาจเป็นเพราะจังหวัดนครปฐม มีการเลี้ยงสุกรเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ประกอบไปด้วยเกษตรกรรายใหญ่ และรายเล็ก เป็นจำนวนมาก

อย่างไรก็ดีผลการศึกษาแตกต่างจาก ผลการศึกษาของ เจษฎา จิวากานนท์ และคณะ⁷ ที่ตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสุกรในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปี 2560-2561 พบยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสุกรสด 16.6% และการศึกษาโดย สติศคุณไมตรีจิต⁸ ศึกษากรตกค้างของยาปฏิชีวนะในเนื้อสุกรและเนื้อโคสดที่จำหน่ายในบริเวณตลาดสดอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งทำการ

เก็บตัวอย่างในช่วง กรกฎาคม 2562 ถึงตุลาคม 2563 พบยาปฏิชีวนะตกค้างในระดับที่แตกต่างตามประเภทของตัวอย่างเนื้อสัตว์ พบยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสุกรร้อยละ 2.7 และในเนื้อโค ร้อยละ 7.1 สำนักงานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.) นิตยสารฉลาดซื้อ สุ่มเก็บตัวอย่างจากห้าง ตลาดสด และร้านค้าออนไลน์ ในช่วง 9 - 15 มิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน ตัวอย่าง ตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่างเนื้อไก่และตับไก่ คิดเป็นร้อยละ 41.93¹ จะเห็นได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่และรายงานต่างๆเกี่ยวกับ ตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสุกรสด และเนื้อไก่สด ในช่วงปี 2560-2563 พบยาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่างเนื้อสุกรสด และเนื้อไก่สด ในขณะที่ผลการศึกษารั้งนี้ตรวจพบยาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่างเนื้อสุกรสด และไก่สด เพียง 3 ตัวอย่าง จากทั้งหมด 87 ตัวอย่าง ซึ่งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในประเด็นดังนี้ 1) เกษตรกรปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องมากขึ้นส่งผลให้พบยาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่างที่ทำการสุ่มตรวจในปริมาณน้อย 2) มีการกำกับดูแลเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์อย่างเคร่งครัด และทั่วถึงมากขึ้น⁹

มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงสัตว์ในปริมาณมาก¹⁰⁻¹¹ จากการศึกษาของ สุภาวดี เปล่งชัย และคณะ (2564)¹² พบว่าร้อยละ 93.8 ของเกษตรกรมีการใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงสัตว์ ณัฐธิดา สุขสาย และคณะ (2559) พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มปศุสัตว์มากกว่าร้อยละ 80 วัตถุประสงค์ของการใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงสัตว์เพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโต ป้องกันการเกิดโรค และรักษาโรค¹³ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา¹⁴ อย่างไรก็ตามการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลในการเลี้ยงสัตว์ ณัฐธิดา สุขสาย และคณะ (2559)¹³ เนื่องจากผู้เลี้ยงเป็นไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอและไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบ ควรมีการกำกับดูแลมาตรฐานของฟาร์มปศุสัตว์ ให้มีสุขอนามัยที่ถูกต้องลดการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ¹³⁻¹⁴ รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ประกอบการเจ้าของฟาร์มเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

อย่างสมเหตุสมผล และกฎวิธี เพื่อลดการตกค้างของยาปฏิชีวนะในเนื้อสุกรสด และไก่สด

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรเคร่งครัดการควบคุมมาตรฐานฟาร์มปศุสัตว์ทั้งในเรื่องสุขอนามัย และการใช้ยาในฟาร์มปศุสัตว์
- 2) ควรมีระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การตรวจของพนักงานตรวจโรคสัตว์ประจำฟาร์มควรมีการ สุ่มตรวจอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะนำสุกรไปสู่โรงฆ่าสัตว์
- 3) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เรื่องการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับผู้บริโภคเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ต่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ผู้บริโภคอาจได้รับ เชื้อเหล่านี้จากการบริโภคอาหาร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร. ศุภินัน มังคลรังษี และ อาจารย์ศุภวิ ลีตระกูล ที่ให้คำปรึกษาการการท้าวิจัย และการทำการทดลองห้องปฏิบัติการตรวจหายาปฏิชีวนะตกค้างในตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.). (2561). ฉลาดซื้อ พบเนื้อไก่สดและตับไก่สด กว่าร้อยละ 40 มีการตกค้างของยาปฏิชีวนะ [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://ficifrpdkuachfic/index.php/2016-04-26-06-50-20/food-news-mainmenu3/fic-foodnewsmenu3=ของยาปฏิชีวนะ-,ฉลาดซื้อ%20พบเนื้อไก่สดและตับไก่สด,เกิดการดื้อยาในคน>
2. สุรพล ชลดำรงกุล. (2557). การศึกษาความชุกและวิเคราะห์รูปแบบของการใช้ยาต้านจุลชีพของเกษตรกรที่เป็นสาเหตุของการตกค้างในเนื้อสุกรและเนื้อไก่ในจังหวัดสงขลาและแนวทางป้องกันอย่างยั่งยืน; ปีที่ 17 ฉบับที่ 2; ก.ค.-ธ.ค.57. เข้าถึงได้จาก: <https://ph02.tci-thaijo.org/>

- index.php/tsujournal/article/download/43476/35925/0
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่) (303) พ.ศ. 2550. เรื่องอาหารที่มียาสัตว์ตกค้าง [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้ที่ https://www4.fisheries.go.th/local/file_document/20200821154318_new.pdf
 4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสรุปผลการดำเนินงาน โครงการบูรณาการอาหารปลอดภัย (Food Safety) [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://bqsf.dmsc.moph.go.th/bqsfWeb/wp-content/uploads/2017/Publish/e-book/รายงานบูรณาการอาหารปลอดภัย%202562/Food62Eb/foodSafty62.html#p=72>
 5. asian medic. คู่มือการใช้งานชุดทดสอบการตกค้างในเนื้อสัตว์ [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://asianmedic.com/wp-content/uploads/2017/07/ยาปฏิชีวนะและสารต้านจุลชีพตกค้างในเนื้อสัตว์.pdf>
 6. สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดพิษณุโลก. ขั้นตอนการผลิตเนื้อสัตว์ [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://pvlo-phs.dld.go.th/manu/knowledge_1401967208.pdf
 7. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสัตวแพทยศาสตร์ มข. KKU Veterinary Journal ISSN 0858-2297 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkuvetj/article/view/250392/170953>
 8. สติคุณ ไมตรีจิต, สิทธิณี ปฐมกำธร, ส่งศักดิ์ ศรีสง่า และ พันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร. (2564). การตกค้างยาปฏิชีวนะในเนื้อสุกรและเนื้อโคสด ที่จำหน่ายในบริเวณตลาดสด อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; ปีที่ 3 ฉบับที่ 3; ก.ย.-ธ.ค. 64. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/article/view/250266/17>
 9. สำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์(สพส.) และกองควบคุมอาหารและยาสัตว์ (อยส.). กรมปศุสัตว์. (2564). กรมปศุสัตว์ผลักดันฟาร์มสุกรสู่การเลี้ยงเชิงปรานีต ชูหลักสวัสดิภาพสัตว์และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://dld.go.th/th/images/stories/hotissue/2564/25641002_2/25641002_2detail.pdf
 10. องค์การพิทักษ์สัตว์แห่งโลก. (2020). การใช้ยาปฏิชีวนะในอุตสาหกรรมฟาร์มเลี้ยงสัตว์ [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.worldanimalprotection.or.th/world-antibiotic-awareness-week-use-antibiotics-farmed-animals>
 11. รัตนศิริ กิตติก้องนภางค์. (2563). ยาปฏิชีวนะในระบบอาหารของเรา [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.greenpeace.org/thailand/story/11399/food-label-anitibiotics-in-our>
 12. สุภาวดี เปล่งชัย และอิสรพงษ์ นาสมรูป. สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มปศุสัตว์และแหล่งกระจายยาสัตว์ในพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/253701/173041>
 13. ณัฐธิดา สุขสาย, ณัฐพร รัฐบาลรุ่ง, พัทธวิภา สุวรรณพรหม และ หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล. (2559). การใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มปศุสัตว์: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. TJJP; ปีที่ 2 ฉบับที่ 27; มี.ค.-ส.ค.59. <http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2016/08/59-20final.pdf>
 14. กองควบคุมอาหารและยาสัตว์กรมปศุสัตว์. (2564). ปศุสัตว์ ปักหมุด...หยุดเชื้อตัวยาร่วมตระหนักและใช้ยาอย่างสมเหตุผล [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://dld.go.th/th/index.php/en/newsflash/banner-news/341-news/news-hotissue/24234-hotissue-25641112-1>

Received: 12 Apr 2022, Revised: 20 May 2022

Accepted: 24 May 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์สุภัทสร บุญกรับพวง¹ กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์² ธนากร ธนวัฒน์³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยพื้นที่ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่ผ่านการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมีผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 346 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบคัดกรองและแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านปัจจัยนำ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงสถานบริการทาง ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ด้านปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้การรับรู้ในด้านต่างๆ รวมถึงการให้การสนับสนุนจากสังคมหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเข้ามาอยู่ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การหกล้ม, พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาปริญญาโท คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

^{2,3} อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

* Corresponding author: giftsyyy@gmail.com

*Original Article***Factors Influencing Fall Prevention Behaviors in Elderly People,
Tha It Sub-district, Mueang District, Uttaradit Province****Supstsorn boonkabpong¹ Kitiwan Junrith² Thanakorn Thanawat³****ABSTRACT**

The objectives of this research were to study predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and fall prevention behaviors of elderly people in Tha It Sub-district, Uttaradit and to study factors that can predict fall prevention behaviors in the elderly people in Tha It Sub-district, Mueang District, Uttaradit The sample consisted of the 346 elderly people, aged 60 years and over who lived in Tha It Subdistrict, Mueang District, Uttaradit for not less than 1 year and passed the assessment of daily living ability with a total of ADL scores of 12 or more by Multistage Sampling. The research tools were screening forms and questionnaires. The statistics used in the data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. The hypothesis was tested by using multiple regression analysis statistics.

The findings revealed that 1) In terms of predisposing factors, it was found that the perception of risk opportunities and perceived benefits Affected the fall prevention behavior of the elderly people in Tha It Sub-district, Mueang District, Uttaradit with a statistical significance of the 0.05 level, 2) In terms of enabling factors, it was found that information acquisition and access to the service facility affected the fall prevention behaviors of the elderly people in Tha It Subdistrict, Mueang District, Uttaradit with statistical significance of the 0.05 level, and 3) In terms of reinforcing factors, it was found that social support had a statistically significant effect on fall prevention behaviors among the elderly people in Tha-it sub-district, Muang district, Uttaradit with a statistical significance at the 0.05 level.

Suggestions from research should be a quasi-experimental research study to develop a program by applying perception in various fields. It includes social or theoretical support into the behavior modification program to prevent elderly people falls.

Keywords: falls, fall prevention behaviors, the elderly people

บทนำ

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 10 และกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์”¹ และพบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มหกล้มถึงร้อยละ 28 – 35 ต่อการหกล้มจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การหกล้มมีตั้งแต่การหกล้มบนพื้นระดับเดียวกัน จากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชนหรือดัน หรือการหกล้มจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง เป็นต้น ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกลุ่มโรคข้อและกระดูก มีผลทำให้มีลักษณะการเดินติดขัดจะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี กิจกำแหง (2549) พบว่า การเดินที่ผิดปกติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ เมื่อมีการหกล้มเกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบหลายด้านซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยรับการรักษาผู้สูงอายุมากขึ้น บางรายได้รับการบาดเจ็บและเสียชีวิต³ รวมถึงส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่อยากพบปะพูดคุยกับใครจนเกิดการแยกตัวจากสังคมในที่สุด บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพเกิดภาวะพึ่งพิงเป็นภาระกับครอบครัวและผู้ดูแลบางรายต้องรับการผ่าตัดทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟู⁴

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล (intrinsic factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล (extrinsic factors) ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลจะรวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดการหกล้มโดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าเพศชาย⁵ และอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น⁶ สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้แก่ แสงสว่างที่มีมากหรือน้อยเกินไป พื้นลื่น พื้น เปียก ทางต่างระดับ บันไดบ้านไม่มีราวเกาะ และการจัดวางสิ่งของที่ไม่เป็นระเบียบ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ ถนนนอกบ้านไม่มี ทางเดินชำรุด และมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น พุ่มไม้ กระถางต้นไม้⁷

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุมาจากหลายประการทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง จากความเสื่อมของร่างกายและสิ่งแวดล้อมดังนั้นการป้องกันการหกล้มและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายทั้งบริเวณภายในบ้านได้แก่การดูแลสุขลักษณะภายในบ้านให้สะอาด จัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบและบริเวณนอกบ้าน ได้แก่ แสงสว่างรอบ ๆ บ้าน พื้นบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน เป็นต้น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเท้า จะช่วยพัฒนาการทรงตัวและระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้สูงอายุสามารถทำเองที่บ้านได้ง่าย ๆ ได้ผลดีในการป้องกันการตกหกล้มสามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุได้⁸

จังหวัดอุดรธานีพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 117,451 คน คิดเป็นร้อยละ 27.37 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัดอุดรธานี โดยจำแนกเป็นเพศชาย 52,874 คน และเพศหญิง 64,577 คน และมีแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างหนาแน่น เพราะเป็นทั้งชุมชนเมืองและกึ่งชนบท เนื่องจากพฤติกรรมการหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลท่าอิฐพบว่า

ยังไม่มีข้อมูลรายงานเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุหรือไม่ ประชากรผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐเป็นทั้งชุมชนเมืองและชนบท สภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อความปลอดภัยในการเดินของผู้สูงอายุ พื้นที่ทางเดินมีความคับแคบ ไม่มีแสงสว่างเพียงพอ จำนวนประชากรผู้สูงอายุในตำบลท่าอิฐเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากการหกล้มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มได้ส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมาทั้งค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น บางรายมีวัยยะแตกหัก หกล้มศีรษะกระแทกทำให้หมดสติหรือเสียชีวิตได้ การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุหมดความมั่นใจในตนเอง เกือบตัวมากขึ้นจึงนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในตำบลท่าอิฐ จังหวัดอุตรดิตถ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและวางแผนในการจัดบริการทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะป้องกันตนเองในไม่ให้เกิดการหกล้ม และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 364 คน ที่ผ่านการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมีผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12

คะแนนขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างกรณีที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนจากสูตรการคำนวณในงานวิจัยของสุรนันทา ผ่องแผ้ว (2556) โดยทำการสุ่มตัวอย่าง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) และขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบคำถามคัดกรอง เป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำนวน 10 ด้าน และ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งรายได้หลัก รายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน ประวัติการผ่าตัดหรือเจ็บป่วย ประวัติการเคยหกล้มใน 1 ปี ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย การเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัญหาในการนอนหลับ การออกกำลังกาย ความกลัวการหกล้ม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ (Multiple choice) และคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) ส่วนที่ 2 คำถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และส่วนที่ 3 คำถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอขออนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ COA No.032/62 เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2562 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหา (Content validity) โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาเป็นข้อคำถาม และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 และเพศชาย ร้อยละ 40.2 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 31.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.8 สถานภาพสมรสหย่า/แยก ร้อยละ 39.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.2 แหล่งรายได้หลักจากลูกหลาน ร้อยละ 40.2 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ความเพียงพอรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายส่วนใหญ่ไม่พอเพียง ร้อยละ 75.7 บุคคลที่ร่วมอาศัยหรือดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 43.1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่รับประทานยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ร้อยละ 27.6 ประวัติการผ่าตัดหรือเจ็บป่วยในอดีตส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการผ่าตัดหรือเจ็บป่วยในอดีต ร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 67.9 ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ คือ บุตร/หลาน ร้อยละ 37.9 ในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 84.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ ยาตองเหล้า ร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 92.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 74.9, ไม่มีความกลัวการหกล้ม จนไม่มั่นใจในการทำวัตร

ประจำวัน ร้อยละ 90.2 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5 – 24.9 ร้อยละ 61.6 และการประเมินโดยการคัดกรองภาวะหกล้มของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินไม่ได้ ร้อยละ 72.5

ปัจจัยนำที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปัจจัยนำที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.49$, $SD = .54$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นอันดับแรก ซึ่งมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.55$, $SD = .54$) รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X} = 3.50$, $SD = .52$) และการรับรู้ประโยชน์ ($\bar{X} = 3.50$, $SD = .52$) โดยมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และอันดับสุดท้าย คือ การรับรู้อุปสรรค ($\bar{X} = 3.48$, $SD = .58$) โดยมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

ปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การได้รับข่าวสารและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.12$, $SD = .67$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีระดับความคิดเห็นด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นอันดับแรก โดยมีการรับรู้โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.21$, $SD = .69$) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.04$, $SD = .65$) ตามลำดับ

ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว อสม. เพื่อนบ้าน

แพทย์ พยาบาล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.26$, $SD = .60$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีระดับการความคิดเห็นด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย เป็นอันดับแรก ซึ่งมีความคิดเห็นในภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.52$, $SD = .52$) รองลงมาคือ แพทย์ พยาบาล บุคลากรเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง อสม. ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือและแนะนำในการปฏิบัติตัว มีความคิดเห็นในภาพรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = .54$) บุคคลในครอบครัวช่วยแนะนำการออกกำลังกาย และพาออกกำลังกาย มีการรับรู้ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.36$, $SD = .62$) ได้รับคำชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มได้ดี มีความคิดเห็นในภาพรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 3.32$, $SD = .67$) และเทศบาลหรือชุมชนที่อยู่มีการให้รางวัลหรือยกย่องผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นตัวอย่างในการป้องกันการหกล้ม มีความคิดเห็นในภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .64$) ตามลำดับ

พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.29$, $SD = .59$) โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นอันดับแรก คือ ไปพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาเมื่อมีโรคเรื้อรัง หรืออาการผิดปกติของร่างกายต่าง ๆ มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = .39$) รองลงมาคือ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งโดยที่ไม่หยุดเพิ่มลดหรือซื้อยากินเอง มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$, $SD = .47$) เดินเกาะราวหรือใช้ไม้เท้า เมื่อต้องเดินบนพื้นลาดหรือ ต่างระดับ มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.75$,

$SD = .47$) หัวของนกเวลาเดินขึ้นลงบันไดเช่นถึงใส่เท้า มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.75$, $SD = .45$) ไปรับการตรวจสุขภาพจากแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และพบแพทย์สม่ำเสมอในกรณีที่มีโรคประจำตัว หรือเมื่อเจ็บป่วย มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.70$, $SD = .51$) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยการรีบเร่ง ลูกนั่งจากที่นอนอย่างรวดเร็วหลังจากตื่นนอน มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.50$, $SD = .62$) จัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.46$, $SD = .68$) เปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือ จากท่านั่งเป็นท่านอนอย่างรวดเร็ว มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.45$, $SD = .74$) ไปรับการตรวจวัดสายตาปีละ 1 ครั้ง มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.32$, $SD = .52$) เปลี่ยนรองเท้าอยู่เสมอเมื่อรู้สึกว้าวุ่น รองเท้าสีก มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$, $SD = .49$) ออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น ฤๅษีดัดตน รำไม้พอง โยคะ เดินรำจึงหะบาสโลบ มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21$, $SD = .51$) ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 - 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.16$, $SD = .67$) เลือกวิธีการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง มีการเคลื่อนไหวที่ปานกลาง มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.15$, $SD = .81$) ตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือนภายในบ้าน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ แคร่ ตู้ เตียงนอน อยู่เสมอ มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.12$, $SD = .68$) ใช้ไฟฉายหรือเปิดไฟเมื่อรู้สึกว้าวุ่นทางเดินมืดเกินไป มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.10$, $SD = .67$) เมื่อพบสิ่งที่ไม่ชัดหรือเป็นอันตราย จะดำเนินการแก้ไขหรือบอกกล่าวแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อปรับปรุงแก้ไข มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.05$, $SD = .66$) ช่วยดูแลพื้นห้องน้ำและห้องส้วมให้สะอาด และดูแลพื้นห้องน้ำให้แห้งอยู่เสมอ มีความรู้ระดับการ

รับรู้ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.98, SD = .63) เดินด้วยความระมัดระวัง เพื่อไม่ให้ชนหรือสะดุดกีดขวางทางเดิน รวมถึงสัตว์เลี้ยง มีระดับการรับรู้ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.90, SD = .61) ดูแลพื้นบ้านไม่ให้เปียกชื้นหรือบอกกล่าวคนในบ้านให้ ช่วยเช็ดถูให้แห้งเมื่อพื้นเปียกน้ำ มีระดับการ

รับรู้ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.79, SD = .47) และไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ รับประทาน เมื่อรับประทานยาหลายชนิด เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว มีระดับการรับรู้ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.61, SD = .59) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ มาตรฐาน (Beta)	สถิติที (t)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(Constant)	2.589	.097		26.816	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง (X_1)	.021	.033	.050	.627*	.531
การรับรู้ความรุนแรง (X_2)	-.042	.037	-.106	-1.146	.253
การรับรู้ประโยชน์ (X_3)	.037	.044	.085	.849*	.396
การรับรู้อุปสรรค (X_4)	.020	.027	.057	.732	.465
R = .321, R ² = .290, Adjusted R ² = .246, F=60.320, P-value < .001					

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .050 และ .08 ตามลำดับ โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วม

ทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 (F = 60.32) โดยตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ มากที่สุด (Beta = .085) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ มาตรฐาน (Beta)	สถิติที (t)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(Constant)	1.522	.110		13.828	<.001
การได้รับข้อมูลข่าวสาร (X ₁)	.192	.039	.319	4.876*	<.001
การเข้าถึงสถานบริการทาง สุขภาพ (X ₂)	.127	.034	.241	3.681*	<.001
R = .519, R ² = .270, Adjusted R ² = .265, F=63.300, P-value = <.001					

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงสถานบริการทาง ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .319 และ .241 ตามลำดับ

โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 (F = 63.300) โดยตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ มากที่สุด (Beta = .319) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ มาตรฐาน (Beta)	สถิติที (t)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(Constant)	1.604	.102		15.677	<.001
การได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว (X ₁)	.045	.030	.085	1.507	.133
การได้รับการสนับสนุน จากสังคม (X ₂)	.254	.030	.477	8.457*	<.001
R = .532, R ² = .283, Adjusted R ² = .279, F=67.653, P-value = <.001					

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .477 โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ร้อยละ 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ($F = 67.653$) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยสามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในตำบลท่าอิฐ จังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยนำ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปัจจัยนำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และมีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นอันดับแรก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ⁹ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีระดับการ

ความคิดเห็นด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นอันดับแรก¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาแบบป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁰ พบว่า รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบร่วมมือกันที่มีประสิทธิภาพเกิดจากช่องทางการสื่อสารที่สำคัญ ผ่านเวทีประชาคมและการถ่ายทอดข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตร และการทำงานเป็นทีมที่กระตือรือร้น และส่งเสริมการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความคิดเห็นด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย เป็นอันดับแรก¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาล กับการดูแลสุขภาพที่บ้าน⁸ พบว่า ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในและรอบบ้าน เช่น แสงสว่างที่ใช้ในบ้าน พื้นเรียบไม่ลื่น และพื้นห้องน้ำควรมีการปูพื้นกันลื่น มีการติดตั้งราวจับไว้สำหรับจับบริเวณที่นั่งขับถ่ายหรือที่อาบน้ำ ห้องนอน/ห้องนั่งเล่นควรจัดของใช้ให้ เป็นระเบียบ หยิบใช้ได้ง่าย เป็นต้น 4) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นอันดับแรก⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาล กับการดูแลสุขภาพที่บ้าน⁸ พบว่า ควรมีการให้ความรู้การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การเปลี่ยนอิริยาบถ การรับประทานยา เป็นต้น⁹

2. ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าอิฐ อำเภอ เมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ด้านปัจจัยนำ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขต ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุ⁹ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม และการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม 2) ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงสถาน บริการทาง ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัด อุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอทัพ ทัน จังหวัดอุทัยธานี¹¹ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกัน การหกล้ม ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 3) ด้านปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจาก สังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัด อุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹² สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาล กับ การดูแลสุขภาพ ที่บ้าน⁸ พบว่า การได้รับการช่วยเหลือและการดูแล อย่างต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข รพสต. ผู้นำ ชุมชน อสม. โดยมี เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความ มั่นใจในการดูแลตนเอง ช่วยป้องกันการหกล้มและ สามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชนได้⁹

ข้อเสนอแนะนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถทำนายทำนายพฤติกรรมการ ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเมื่อดูในแต่ละปัจจัย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขต ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังนั้น ผู้ที่ ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องตระหนักและให้ความรู้กับ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง เช่น การที่มีกำลัง กล้ามเนื้ออ่อนแรงและความยืดหยุ่นของข้อต่าง ๆ น้อยลงทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม การที่มีพื้นบ้านมี ลักษณะลื่นและเป็นมันวาว ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ ง่าย หรือบริเวณภายในบ้าน บริเวณทางเดินรอบ ๆ บ้านมีแสงสว่างที่ไม่เพียงพอทำให้หกล้มได้ เป็นต้น และการรับรู้ประโยชน์ เช่น การที่ผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าจะ ช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจและ ติดตามผลการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงตามนัดช่วย ให้ป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยัง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการ เข้าถึงสถานบริการทางส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง ควรมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยให้กับ หน่วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนการให้ข้อมูล และบริการที่ทั่วถึงกับผู้สูงอายุ และยังพบว่าการได้รับ การสนับสนุนจากสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังนั้น หน่วยงานในชุมชน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข รพสต. ผู้นำ ชุมชน อสม. ควรมี การติดตามและประสานงานให้เกิดกระบวนการในการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรมีการ ประเมินสิ่งแวดล้อมนอกบ้านหรือภายในชุมชน เช่น การตรวจสอบถนน ฝาปิดท่อระบายน้ำ และบริเวณที่ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการ หกล้ม รวมถึงการแนะนำการปรับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ เสี่ยงต่อการหกล้ม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://fopdev.or.th>
2. นิพา ศรีช้าง และลลิตรา ก้าวี. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 -2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
3. ลัดดา เกียมวงศ์, และจอม สุวรรณโณ. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 6(2): 56-66.
4. Stevens, J.A. Fall among older adults risk factors and prevention strategies. Journal of Safety Research 2005; 36(4): 490-511.
5. นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุตา จินขาวขำ, ชลธิชา บุญศิริ, สุรินทร์ มีลาภัน, จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, เพ็ญจมาศ คำชนะ, และธานี กล่อมใจ. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 2560; 10(3): 2492-2506.
6. กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัชมงคล, และยุวดี รอดจากภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
7. Anne Shumway-Cook, Margaret Baldwin, Nayak L Polissar, William Gruber, Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults, Physical Therapy 1997; 77(8): 812-819.
8. ปรีศนา รณสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารสภาวิชาชีพ 2561; 11(2): 15-25.
9. อัจฉรา สารพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18(พิเศษ): 215-222.
10. นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิชุดา กลิ่นหอม, เจือ จันทน์ วัฒนกิจเจริญ และชลทิพย์ ทิพย์แก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 21(2): 389-399.
11. ณัฐชยา พวงทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

Received: 11 May 2022, Revised: 23 May 2022

Accepted: 27 May 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้าน จังหวัดราชบุรี

อัชฌา สมนึก¹ กันตา นิมิตต์ศิริ² เพ็ญลดา ทบศรี³ อัญทิศา อุโนไสย⁴ระพีพร ชนะภักดิ์⁵ วิภาวี จันทศรี⁶ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์⁷

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาองค์ความรู้ในการรักษาโรคของหมอกระดูกพื้นบ้าน ในจังหวัดราชบุรี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หมอกระดูกพื้นบ้าน จำนวน 4 ราย ตามการรวบรวมรายชื่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การจดบันทึก การบันทึกเสียงและภาพนิ่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า องค์ความรู้ส่วนใหญ่ของหมอกระดูกพื้นบ้านได้รับมาจากการเรียนรู้จากครูอาจารย์ และได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษ หมอกระดูกพื้นบ้านมีกระบวนการรักษา 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนก่อนการรักษา ต้องมีการใส่พานบูชาครูอาจารย์ การชักประวัติและการตรวจร่างกาย 2) ขั้นตอนการรักษา มีรูปแบบในการรักษา คือ การจัดกระดูกให้เข้าที่ การใช้น้ำมันมะพร้าว และการเข้าเฝือกด้วยไม้ไผ่ ร่วมกับการใช้คาถากำกับในทุกขั้นตอนการรักษาและ 3) ขั้นตอนเสร็จสิ้นการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาของหมอพื้นบ้านจะไม่ระบุจำนวน จะมีหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเต็มใจของคนไข้จะเป็นผู้ให้ ความรู้ในการรักษาส่วนใหญ่ของหมอกระดูกพื้นบ้านจะบันทึกไว้ในความทรงจำ ไม่มีการบันทึกข้อมูลไว้ จึงทำให้องค์ความรู้สูญสิ้นไปพร้อมกับหมอพื้นบ้าน จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการบันทึก เพื่อสืบทอดองค์ความรู้ รวบรวมเป็นฐานข้อมูลสำหรับการเรียนการสอน และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มแนวทางในการบำบัดอาการเจ็บป่วยของประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : การศึกษาภูมิปัญญา, หมอกระดูกพื้นบ้าน, จังหวัดราชบุรี

¹ วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

* Corresponding author: atcha.as@gmail.com

*Original Article***A Study of Indigenous Wisdom of Bone Healer in Ratchaburi Province**Atcha Somnuk*¹ Kanta Nimthasanasiri² Fuanglada Thobsri³Untiwa Ounthaisong⁴ Rapeebhorn Chanapuk⁵Wipawee Chanthasri⁶ Sutthisak Surirak⁷**Abstract**

The Qualitative Research were designed to study indigenous wisdom of bone healer in Ratchaburi Province. The participants were four indigenous bone healers from purposive sampling. The data was collected by using semi-structure interview, participant observation, taking notes, sound recording and photographing. The data were analyzed using descriptive and interpreted. The study found that four indigenous bone healers gained their knowledge of bone treatment from their ancestors and teachers. The process of indigenous wisdom of bone healing had three steps: 1) pre-treatment process; respect payment, patient interview and physical examination 2) treatment step; The process of treatment was adjustment a bone, using coconut oil with directed spells and utilizing bamboo splint and 3) completion of treatment; the treatment did not focus on the payment but involved in the favor. The knowledge of indigenous bone healers was not recorded, so these wisdoms would be disappeared together with the indigenous bone healers in the same time. This study showed the benefit of collecting indigenous bone healers' knowledge which could lead to future studies and promotion for use in primary health care are expected to help relieve common health problems in the country into the future.

keyword: A Study of Indigenous Wisdom, indigenous bone healers, Ratchaburi Province

¹ College of Muay Thai Study and Thai Traditional Medicine, Muban Chombueng Rajabhat University

² Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

* Corresponding author: atcha.as@gmail.com

บทนำ

การบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยแบบโบราณ หรือแบบพื้นบ้าน เป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของประชาชนตามความเชื่อและการสั่งสมของแต่ละท้องถิ่น เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ตกผลึกจากการ สังเกต ทดลองใช้คัดเลือก กลั่นกรอง และสั่งสมสืบทอด จากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลัง โดยมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งปัจจุบันประชาชนจำนวนมากไม่ยอมที่จะเลือกใช้วิธีการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยแบบโบราณ หรือแบบพื้นบ้าน เป็นผลจากการแสวงหาการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่อาจแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ทั่วถึง แม้การแพทย์พื้นบ้านจะไม่ได้เป็นที่ยอมรับเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ก็ยังมีได้สูญหายไปจากสังคมไทย เพราะความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับชาวบ้าน เป็นความผูกพันด้วยความเชื่อและความศรัทธาที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ และเป็นการรักษาที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ใช้ประโยชน์ได้ และสามารถใช้รักษาควบคู่ขนานไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้

หมอกระดูก คือ ผู้ที่มีความชำนาญดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกระดูกแตก หัก หรือเคลื่อน เป็นวิธีการรักษาบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านที่รักษาอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งมักเกิดความเจ็บป่วยกับโครงสร้างร่างกายในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และอวัยวะที่ ซึ่งปัจจุบันยังคงพบเห็นกันอยู่ทั่วไปในสังคมโดยเฉพาะในสังคมชนบท จากการรวบรวมข้อมูลหมอพื้นบ้านในจังหวัดราชบุรี พบว่ามีหมอกระดูกหรือหมอต่อกกระดูกพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วย ที่ยังให้การบำบัดรักษาอยู่ จำนวน 4 ราย ถือได้ว่าเป็นบุคคล

ที่ควรค่าในการศึกษาองค์ความรู้และภูมิปัญญา ทั้งยังพบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งหากขาดการสืบทอดองค์ความรู้ก็จะทำให้องค์ความรู้สูญสิ้นไป

จากสถานการณ์ของการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าว ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาองค์ความรู้ในการรักษาโรคของหมอกระดูกพื้นบ้านในจังหวัดราชบุรี เพื่อสืบทอดองค์ความรู้ รวบรวมเป็นฐานข้อมูลสำหรับพัฒนาการเรียนการสอน และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มแนวทางในการบำบัดอาการเจ็บป่วยของประชาชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ด้วยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) และใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

ประชากรที่ศึกษา (Studying population)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ หมอกระดูกพื้นบ้าน จำนวน 4 ราย ตามการรวบรวมรายชื่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการรักษาโรคกระดูก (เป็นหมอกระดูกพื้นบ้าน) ไม่น้อยกว่า 20 ปี 2) มีผลลัพธ์ในการรักษาเป็นที่รู้จักและยอมรับของคนในชุมชน 3) ปัจจุบันยังให้การรักษาและมีผู้มารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4)) ให้ความร่วมมือและยินดีในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหมอพื้นบ้านที่รักษาโรคกระตุก (หมอกระตุกหรือหมอต่อกะตุก) ในจังหวัดราชบุรี จากฐานข้อมูลที่สำรวจโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีในปี พ.ศ.2557¹ จำนวน 4 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง โดยสถานที่เก็บข้อมูล คือ สถานที่ที่หมอพื้นบ้านทำการรักษา ได้แก่ บ้านของหมอพื้นบ้าน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกระบวนการวิจัยโดยละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับหมอพื้นบ้าน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และได้รับความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ทำการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ด้วยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ใช้แบบสัมภาษณ์ กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure interview) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และโดยการจดบันทึกเก็บข้อมูลหมอพื้นบ้าน ขออนุญาตบันทึกภาพนิ่งและการบันทึกการสัมภาษณ์ในขณะทำการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงทุกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล

3) การแปลผลข้อมูล หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวันจะนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึก พร้อมกับวิเคราะห์ข้อมูล โดยตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อที่จะกลับไปถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความตรงของข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้อ่านการแปลผลไปสอบถามย้อนกลับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล จะพิจารณาจากการได้ข้อมูล

ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ไม่มีประเด็นสำคัญใดเพิ่มเติม และข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้ว ผู้วิจัยจึงจะนำข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์และอภิปรายผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เครื่องบันทึกเสียง เครื่องบันทึกภาพ และแบบบันทึกการสนทนา

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณา 1) ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน 2) สถานภาพและบทบาทของการเป็นหมอพื้นบ้าน 3) รูปแบบและวิธีการที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้าน ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม เนื้อหาครบถ้วน ข้อคำถามถูกต้องเหมาะสม นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบแล้วไปทดลองสัมภาษณ์กับ กลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมแล้วนำไปใช้ภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ ในระหว่างเก็บข้อมูล หากมีคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจที่จะตอบ กลุ่มตัวอย่างสามารถมีอิสระที่จะตอบ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างได้ รวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

และสามารถขอข้อมูลคืนกลับได้โดยไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหมอพื้นบ้านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การศึกษาองค์ความรู้ในการรักษาโรคของหมอกระดูกหรือหมอต่อกกระดูกพื้นบ้าน ในจังหวัดราชบุรี ที่ปัจจุบันยังให้การรักษาอยู่ จำนวน 4 คน สามารถสรุปข้อได้เป็นประเด็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

หมอกระดูกหรือหมอต่อกกระดูกพื้นบ้าน ในจังหวัดราชบุรี ที่มีประสบการณ์ในการรักษาโรคไม่น้อยกว่า 20 ปี มีผลลัพธ์ในการรักษาเป็นที่รู้จักและยอมรับของคนในชุมชน และปัจจุบันยังให้การรักษาในจังหวัดราชบุรี มีจำนวน 4 คน เป็นเพศชายทั้ง 4 คน มีอายุ 81 ปี ขึ้นไปจำนวน 2 คน มีช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 1 คน และมีช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 1 คน มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน หมอพื้นบ้านทั้ง 4 คน ไม่มีหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นที่ 2 สถานภาพและบทบาทของการเป็นหมอพื้นบ้าน

เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอกระดูกหรือหมอต่อกกระดูกพื้นบ้านมากที่สุด คือ การได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ จำนวน 1 คน รองลงมา คือ ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์ พระสงฆ์ จำนวน 3 คน ประกอบกับหมอพื้นบ้านทุกคน มีความสนใจในองค์ความรู้ด้านนี้อยู่แล้ว และมีอุปนิสัยชอบช่วยเหลือผู้อื่น

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (3 คน) ไม่ได้ศึกษาเพิ่มเติมจากตำรา แต่มีการประยุกต์ใช้ความรู้จากประสบการณ์ที่สั่งสมมาจากการรักษา มีหมอพื้นบ้านจำนวน 1 คน ที่มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากตำราร่วมกับวิธีการรักษาที่ได้รับการถ่ายทอดมาความรู้ที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (4 คน) ไม่มีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่บันทึกไว้ในความทรงจำของหมอพื้นบ้านเอง

ด้านการถ่ายทอดวิชาความรู้ มีองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านจำนวน 2 ท่าน ยังไม่มีผู้รับการถ่ายทอด ซึ่งหมอพื้นบ้านกำลังค้นหาผู้ที่เหมาะสม โดยหมอพื้นบ้านท่านหนึ่งตั้งใจจะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับทายาทผู้สืบสายเลือดหรือเครือญาติเท่านั้น ส่วนอีกท่านหนึ่งสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคคลที่มีความสนใจที่จะศึกษา แต่ต้องมีคุณสมบัติของผู้สืบทอดวิชาความรู้ตามที่หมอพื้นบ้านตั้งไว้ ส่วนหมอพื้นบ้าน อีก 2 ท่าน ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้กับทายาทผู้สืบสายเลือด ส่วนใหญ่คุณสมบัติของผู้ที่จะสืบทอดวิชาความรู้ของหมอพื้นบ้าน คือ มีความอดทน และเสียสละ มีจิตวิญญาณความเป็นหมอ

ข้อห้ามและข้อปฏิบัติของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (3 คน) ไม่มีข้อห้ามและข้อปฏิบัติของหมอพื้นบ้าน และมีหมอพื้นบ้านจำนวน 1 คน ไม่ทำการรักษาในวันพระ โดยจะไปถือศีลที่วัดทุกวันพระ หมอพื้นบ้านทุกคนจะต้องมีการไหว้ครูประจำปีเพื่อระลึกถึงครูบาอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ โดยมีสิ่งของที่ใช้ในพิธีไหว้ครู เช่น เครื่องบายศรี เครื่องสังเวย อาหารคาว อาหารหวาน ผลไม้ เหล้าขาว เป็นต้น โดยมักจัดขึ้นในช่วงข้างขึ้น เดือน 6

ประเด็นที่ 3 รูปแบบและวิธีการที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้าน

การรักษาหมอกระดุกหรือหมอต่อกะดุกพื้นบ้าน จะมีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ดังนี้

ส่วนใหญ่ (4 คน) ก่อนการรักษา จำเป็นต้องมีการใส่พานบูชาครู ประกอบด้วย เงินใส่พาน จำนวน 12 บาท (2 คน) 20 บาท (1 คน) และตามกำลังศรัทธา (1 คน) เป็นค่าครู ดอกไม้หรือพวงมาลัยบูชา สืออะไรก็ได้ (3 คน) และดอกไม้บูชาสี่เหลียง (1 คน) ฐูปและเทียน (4 คน) และบุหรี่ จำนวน 1 ซอง (3 คน)

หลังการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (3 คน) จะไม่ระบุจำนวน แต่สมณาคณ จะให้หรือไม่ก็ได้ ส่วนหมอพื้นบ้านท่านหนึ่ง จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มเติม ได้แก่ ค่าน้ำมันในการรักษา 60 บาท ค่าสาลีสำหรับเข้าเผือก ค่าไม้ไผ่สำหรับเข้าเผือก ค่าเชือกสำหรับเข้าเผือก และค่าผ้าก๊อตสำหรับพันเข้าเผือก ราคาแล้วแต่ปริมาณและจำนวนที่ใช้

โรคที่หมอกระดุกชำนาญหรือให้การรักษาบ่อย ได้แก่ กระดุกหัก กระดุกแตก กระดุกร้าว และการจัดกระดูกให้เข้าที่ (4 คน) ก่อนการรักษาทุกครั้ง หมอพื้นบ้านทุกคนจะทำการซักประวัติผู้ป่วยที่มาทำการรักษา สังเกตอาการ จุดเจ็บ ลักษณะอาการเจ็บ ตรวจร่างกายด้วยการกดคลำบริเวณที่มีอาการ และตรวจดูองศาการเคลื่อนไหว

วิธีการที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านรายที่ 1 กรณีเป็นกระดุกหัก หมอพื้นบ้านจะจัดกระดูกให้เข้าที่ ก่อน จากนั้นเข้าเผือกไม้ไผ่ (ใช้ไม้ไผ่ สาลี เชือกผ้าอ่อน) ซึ่งเผือกจะมีขนาดเท่ากับขนาดของอวัยวะที่ทำการรักษา เป้าหมายบริเวณที่กระดุกหัก (ได้เข้าเผือกเรียบร้อยแล้ว) ใช้น้ำมันหรือน้ำมัน (น้ำมัน ทำจากน้ำมันมะพร้าวลง

คาถาใช้สำหรับรดน้ำมันไปที่บริเวณเข้าเผือกให้ชุ่ม) และนวดให้วันพุทให้ผู้ป่วยมาพาดน้ำมัน หมายถึง การนำน้ำมันมะพร้าวที่ลงคาถาใส่ในกระทะอุ่น ๆ แล้วใช้ใบมะยมพาดไปบริเวณที่หักหรือบริเวณที่มีอาการ ก่อนกลับบ้านหมอจะให้ผู้ป่วยเอาน้ำมันไปคอยรดส่วนที่เข้าเผือกให้ชุ่มตลอดเวลา ข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย คือ ห้ามทานอาหารแสลง ได้แก่ ของทะเล ของต้องห้ามนอนที่นอนยุบได้ หมอจะไม่รับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการกระดูกหักรุนแรงหรือหักในตำแหน่งอันตราย หรือมีแผลเปิด ผู้ป่วยที่หมดสติ การประเณนผลการรักษา ทำโดยสอบถามผู้ป่วย ทดสอบการเคลื่อนไหว และสังเกตอาการเปรียบเทียบกับอาการก่อนการรักษา

หมอพื้นบ้านรายที่ 2 การรักษาผู้ป่วยกระดุกหัก จะรักษาโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่แล้วเข้าเผือก การเข้าเผือกจะใช้สาลีชุบน้ำมันแปะบริเวณที่จะเข้าเผือก นำไม้ไผ่มาทาบไว้ (จำนวนของไม้ไผ่ที่ใช้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย) จากนั้นพันด้วยผ้าก๊อตเพื่อยึดไม้ไผ่ไว้ คาถาอาคมจะมีการกล่าวในทุกขั้นตอนการรักษา ในระหว่างที่เข้าเผือกต้องให้ผู้ป่วยหยดน้ำมันใส่สาลีที่เผือกเรื่อย ๆ ข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย คือ อย่าให้น้ำเข้าบริเวณที่เข้าเผือก การประเณนผลการรักษา ทำได้โดยสังเกตอาการผู้ป่วย ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่าเดิม หรือผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อถือว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว

หมอพื้นบ้านรายที่ 3 ในกรณีข้อต่อเคลื่อนไหวหรือหลุดจะใช้การดึงกระดูกให้เข้าที่ ในกรณีกระดูกหักจะทำการจัดกระดูกให้เข้าที่ จากนั้นเข้าเผือกไม้ โดยใช้สาลีชุบน้ำมันมนต์ (น้ำมันมะพร้าวที่ทอ้งคาถากำกับพร้อมกับจุดเทียนให้เทียนหยดลงในน้ำมัน) แปะบริเวณที่จะเข้าเผือก เข้าเผือกโดยใช้ไม้ทาบบริเวณที่หักแล้วใช้เชือกรัด จะมีน้ำมันมนต์ให้ผู้ป่วยนำกลับไปหยดลงในสาลีที่แปะไว้บริเวณที่เข้าเผือก เมื่อน้ำมันที่สาลีเริ่มแห้งให้หยดเพิ่ม ข้อห้าม

สำหรับผู้ป่วย คือ ห้ามนำขวดน้ำมันลดความดันที่เป็นไม้ไผ่ และอย่าให้น้ำเข้าบริเวณที่เข้าเฝือก การประเมินผลการรักษา ทำได้โดยสังเกตอาการผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำท่าต่าง ๆ เพื่อเป็นการทดสอบการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่าเดิมหรือผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อ ถือว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว

หมอพื้นบ้านรายที่ 4 ในกรณีกระดูกหักจะทำการจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ และนำสำลีมาชุบน้ำมันมะพร้าวที่เคี่ยวกับสมุนไพร (ลงคาถา) แปะไว้บริเวณที่จะเข้าเฝือก แล้วทำการเข้าเฝือกด้วยไม้ไผ่และใช้ผ้าก๊อตพันรัดไว้ ข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย คือ อย่าให้น้ำเข้าบริเวณที่เข้าเฝือก การประเมินผลการรักษา ทำได้โดยสังเกตอาการผู้ป่วย ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่าเดิมหรือผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อถือว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว

อภิปรายผล

หมอกระดูก ในจังหวัดราชบุรี 4 คน เป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 80 ปี เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการรักษากระดูกหักเฉลี่ย 44 ปี ทั้งหมดมีการศึกษาระดับการศึกษาภาคบังคับประถมศึกษาปีที่ 4 หมอพื้นบ้านทั้งหมดไม่มีหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข จากการลงพื้นที่ศึกษาประวัติความเป็นมาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน พบว่าการนำมาซึ่งการเป็นหมอกระดูก และเหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้ท่านมาเป็นหมอพื้นบ้านมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ชอบช่วยเหลือผู้อื่น มีใจรักในการรักษาผู้อื่น และมีความสนใจในองค์ความรู้ด้านการรักษากระดูกอยู่แล้ว 1 คน ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการรักษาโรคกระดูกและคาถาอาคมจากบรรพบุรุษ และ 3 คน ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้รักษาโรคกระดูกและคาถาอาคม จากการไปฝากตัวเป็นศิษย์กับครูอาจารย์

โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นการถ่ายทอดแบบปากต่อปาก ใช้วิธีการสอนแบบตัวต่อตัวและ ใช้ประสบการณ์ของผู้สอนจากการรักษา และการฝึกฝนปฏิบัติ ความรู้ที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้าน จึงมักไม่มีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรแต่ถูกบันทึกไว้ในความทรงจำของหมอพื้นบ้านเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พบว่าองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านมักไม่มีการเก็บรวบรวมหรือบันทึกข้อมูลเก็บไว้ ทำให้องค์ความรู้จะสูญหายไปพร้อมกับหมอพื้นบ้านหากไม่มีผู้สืบทอดความรู้² หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะไม่มีข้อห้ามว่าจะไม่รักษาในวันใด โดยให้เหตุผลตรงกันว่า ความเจ็บป่วยนั้นไม่เลือกเวลา มีเพียงหมอพื้นบ้านจำนวน 1 คน ที่จะไม่ทำการรักษาในวันพระ เนื่องจากในวันพระหมอจะไปถือศีลปฏิบัติธรรมที่วัด หมอพื้นบ้าน มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 60 คน ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาส่วนมากจะเป็นคนในชุมชน หมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของเชษฐณรงค์ อรชุน และกนกวรรณ อยู่ใส³ ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกมารับการรักษากับหมอพื้นบ้าน คือ ประสบการณ์ในอดีตที่สั่งสมมาจากครอบครัวที่เคยได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน จนกลายเป็นวัฒนธรรมความเชื่อของชาวบ้าน และจะใช้วิธีการบอกต่อ ๆ กันให้กับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในหมู่บ้าน และตำบลใกล้เคียงทราบ เนื่องจากมีความศรัทธาและได้ยืนยันชื่อเสียงในการรักษา ทำให้คนหลังไหลกันมารักษาจำนวนมาก โรคที่หมอกระดูกชำนาญหรือให้การรักษาย่อย ได้แก่ กระดูกหัก กระดูกแตก กระดูกฉีก และการจัดกระดูกให้เข้าที่

ด้านการถ่ายทอดวิชาความรู้ ส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านจะหาผู้ที่เหมาะสม โดยเน้นถ่ายทอดให้กับทายาทผู้สืบทอดหรือเครือญาติก่อน ถ้าไม่มีจึงจะถ่ายทอดให้บุคคลทั่วไปที่สนใจได้ แต่ผู้ที่จะเป็นผู้สืบทอด

ทอดวิชาความรู้ต้องมีคุณสมบัติตามที่หมอพื้นบ้านแต่ละคนตั้งไว้ เช่น มีความอดทนและเสียสละ มีจิตวิญญาณความเป็นหมอ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ของแพทย์พื้นบ้านที่แพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ได้กล่าวถึงกระบวนการที่จะเป็นหมอพื้นบ้านว่า ต้องมีการคัดตัวศิษย์จากบุคคลภายในครอบครัวแต่อยู่บนพื้นฐานของคุณสมบัติที่เหมาะสมด้วย⁴ และสอดคล้องกับงานวิจัยของคณากร สุรกาและคณะ⁵ ที่ทำการศึกษามิปัญญาของหมอกระดุกพื้นบ้านอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่สรุปว่า สรุปได้ว่าการเลือกผู้รับการถ่ายทอดของหมอกระดุกเป็นบุคคลใดก็ได้ที่มีความสนใจ สนใจที่จะศึกษา มีความรัก ความมุ่งมั่น ความตั้งใจ ความอดทน และความพยายาม

ขั้นตอนการรักษาของหมอกระดุกพื้นบ้านส่วนใหญ่ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนการรักษา ขั้นตอนการรักษา ขั้นตอนหลังเสร็จสิ้นการรักษา ดังนี้ 1) ขั้นตอนก่อนการรักษา ทุกครั้งหมอพื้นบ้านทุกคนจะทำการซักประวัติผู้ป่วย สังเกตอาการ จุดเจ็บ ลักษณะอาการเจ็บ ตรวจร่างกายด้วยการกดคลำบริเวณที่มีอาการ และตรวจดูองศาการเคลื่อนไหวก่อนการรักษาจำเป็นต้องมีการใส่พานบูชาครูหรือตั้งขันครู ซึ่งจะมีพิธีกรรมที่แตกต่างกันตามที่ครูได้สั่งความไว้ 2) ขั้นตอนการรักษา ส่วนใหญ่เริ่มจากการจัดกระดุกที่ไม่ให้เข้าที่ จากนั้นทำการเข้าเฝือก โดยใช้สำลิจูบน้ำมันมะพร้าว แปะบริเวณที่จะเข้าเฝือก แล้วนำไม้ไผ่มาทาบพันด้วยผ้าก๊อตเพื่อยึดไม้ไผ่ไว้ ซึ่งในทุกขั้นตอนมักจะมีการกล่าวคาถากำกับตลอดการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของของคณากร สุรการากุล และคณะ⁵ ที่สรุปว่าขั้นตอนการรักษาจะเริ่มจากการจัดกระดุกที่ไม่เข้ารูป คด งอ ให้มีความตรง โดยกล่าวคาถาเรียกกระดุก เรียกเลือด เรียกเส้น เรียกเนื้อมีการใช้น้ำมันมะพร้าว ลูบ บีบ ทา เพื่อสมาน ประสาน

ให้กระดุกติดดี และเข้าเฝือกไม้ไผ่เพื่อยึดตรึง ไม่ให้กระดุกเคลื่อนเลื่อน โดยคาถาอาคม จะกล่าวทุกขั้นตอนในการรักษา จะเห็นว่ากระบวนการการรักษาของหมอกระดุกจะใช้คาถาร่วมกับการรักษาในทุกขั้นตอน เพราะมีความเชื่อว่าการระลึกถึงคุณของครูบาอาจารย์ผู้ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาจะทำให้การรักษาโรคได้ผลดี และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตใจวิธีหนึ่ง³ 3) ขั้นตอนหลังการรักษา จะมีการไหว้ครูหรือยกครู สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ (3 คน) จะไม่ระบุจำนวน แล้วแต่สมนาคุณ จะมีหรือไม่ก็มีก็ได้ ส่วนหมอพื้นบ้านท่านหนึ่ง จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มเติม ได้แก่ ค่าน้ำมันในการรักษา 60 บาท ค่าสาลีสำหรับเข้าเฝือก ค่าไม้ไผ่สำหรับเข้าเฝือก ค่าเชือกสำหรับเข้าเฝือก และค่าผ้าก๊อตสำหรับพันเข้าเฝือก ราคาแล้วแต่ปริมาณและจำนวนที่ใช้ แต่ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่มีให้ก็อาจจะให้เท่าที่มีก็ได้ เพื่อนำมาหมუნเวียนซื้อขาย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาครั้งต่อไป หมอพื้นบ้านอาจจะนัดรักษาอีกต่อเนื่องจนกว่าจะหาย การประเมินผลการรักษา ทำได้โดยสังเกตอาการผู้ป่วย ทดสอบการเคลื่อนไหว สังเกตอาการเปรียบเทียบกับอาการก่อนการรักษา ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่าเดิม หรือผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อถือว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว

จากการศึกษามิปัญญาของหมอกระดุกพื้นบ้าน พบว่าประชาชนยังเลือกรับการรักษาจากหมอพื้นบ้านและมีความพึงพอใจในผลการรักษา ทำให้เห็นว่าความเชื่อถือศรัทธาในการรักษาของหมอพื้นบ้านยังคงมีอยู่ในสังคมไทย การรักษาของหมอกระดุกพื้นบ้าน มีกระบวนการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณควบคู่กันไปทำให้หมอกระดุกพื้นบ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการบันทึก เพื่อสืบทอดองค์

ความรู้ รวบรวมเป็นฐานข้อมูลสำหรับการเรียนการสอน และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มแนวทางในการบำบัดอาการเจ็บป่วยของประชาชนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนา อนุรักษ์ และเผยแพร่องค์ความรู้และภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน และเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านมีการจัดบันทึกข้อมูลองค์ความรู้และภูมิปัญญา มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านแก่ลูกหลานหรือผู้สืบทอดเพื่อมีให้องค์ความรู้สืบทอดไป

3. จัดให้บ้านของหมอพื้นบ้านเป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน เป็นปราชญ์ท้องถิ่น และนำความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเข้าเผยแพร่ในสถานศึกษา

4. พัฒนาหมอพื้นบ้านให้มีสมรรถนะ ทักษะ และใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาข้อมูลการรักษาเชิงลึกของหมอพื้นบ้านรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการความรู้ และรวบรวมองค์ความรู้เพื่อนำมาพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองการแพทย์พื้นบ้าน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้โอกาสและสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการจัดการความรู้หมอพื้นบ้านร่วมกับ

เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา ในการสำรวจและเก็บรวบรวมองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน จังหวัดราชบุรี จนสามารถพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. ข้อมูลหมอพื้นบ้านจังหวัดราชบุรี. ราชบุรี. เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง (2557).
2. ปิยนุช ยอดสมสว. การศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. ธรรมศาสตร์เวชสาร, ปีที่ 13 ฉบับที่ 2, 212-217. 2556.
3. เชษฐพันธ์ อรุณ, กนกวรรณ อยู่ใส. ภูมิปัญญาพื้นบ้านกับการรักษาผู้ป่วยโดยใช้สมุนไพรกรณีศึกษา นายวินัย บุญมี บ้านทะเลน้อย ตำบลทางเกวียน อำเภอกงหรา จังหวัดระยอง. รายงานการวิจัย. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี 2554.
4. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ. นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารสรุปการสัมมนาการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในส่วนภูมิภาค. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2541.
5. คณากร สุรการากุล, ทวีช บุญแสง และ ดาราวรรณ ร่องเมือง. ภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้านอำเภอลำพะพระยา จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 2, 321-341. 2558.

Received: 12 May 2022, Revised: 10 Jun 2022

Accepted: 17 Jun 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษเกษมณี นบน์อม¹ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์²ภัทรพล โพนไพรสันต์*³ สุไวยรินทร์ ศรีชัย⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 163 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไค-สแควร์ และ Spearman กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 82.2 มีการควบคุมปริมาณอาหาร ร้อยละ 71.2 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 66.9 มีการจัดการความเครียดของตนเองได้ ร้อยละ 94.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.5 และไม่ได้ดื่มสุรา ร้อยละ 74.8 มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 87.1 มียานพาหนะเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ร้อยละ 44.8 และได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 68.7 มีกลุ่มกิจกรรมหรือชมรมสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.6 เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 66.3 มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวปกติ ร้อยละ 99.4 เพื่อนบ้านเป็นมิตรกันปกติ ร้อยละ 98.2 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 46.0 และมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 66.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปัจจัยเอื้อด้านยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการสุขภาพ ($\chi^2 = 15.4$, $p\text{-value} < 0.001$) และภาวะซึมเศร้า ($r_s = 0.16$, $p\text{-value} = 0.39$)

โดยสรุป ผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: phattarapon.po@gmail.com

*Original Article***Factors Related to Quality of Life among Elderly People with Chronic Diseases in Sadao Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province**Ketmanee Nobnom¹ Surasak Thaibrithi²Phattarapon Ponprisan*³ Suwairin Srichai⁴**Abstract**

This cross-sectional descriptive study aimed to study the quality of life among elderly with chronic diseases. in Sadao Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. A total sample of 163 elderly people 60 years old and over with chronic disease was selected. Data were collected using quality of life of the World Health Organization. (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. Chi-Square and Spearman test were used at the 0.05 level of significance.

The results of the study found that most samples was female (53.4%), aged 60-69 years (82.2%), had a diet control (71.2%) had exercise (66.9%), were able to manage their own stress (94.5%), had no smoking (86.5%) and no alcohol (74.8%), had health insurance (87.1%), had a their own vehicle traveled for health care services (44.8%), received health advice from health workers (68.7%), were members of elderly groups or clubs (54.6%), participated in the activities (66.3%), had a relationship with normal family members (99.4%), and had a good relationship with neighborhood (98.2%). The results of depression were at the normal level (46.0%), and quality of life at moderate level (66.9%). The factors that associated with quality of life were; the vehicles traveled to get health services ($\chi^2 = 15.4$, p-value < 0.001) and depression (rs = 0.16, p-value = 0.39)

In conclusion, the results of the study indicated that the sample mostly had a quality of life at moderate level and depression was associated with quality of life. Therefore, family members and related organizations should pay more attention to the transition among the elderly and the health care of older adults with chronic diseases.

Keywords: quality of life, elderly with chronic disease

1 Student in Bachelor of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

2 Lecturers, Faculty of Public Health Mahasarakham University

* Corresponding author : phattarapon.po@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั่วโลก เป็นผลจากความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจและความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะสาขาการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดลดลง สัดส่วนของผู้สูงอายุจึงมากขึ้น เป็นลำดับสถานการณ์ประชากรโลกปัจจุบัน มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในปี 2558 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากร้อยละ 12.3 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2563 และประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593¹

จากการสำรวจ ในปี พ.ศ.2564 พบว่าผู้สูงอายุของประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วงวัยเริ่มต้น คือ ร้อยละ 57.4 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด รองลงมา วัยกลาง ร้อยละ 29 และวัยปลาย ร้อยละ 13.6 ตามลำดับ² อัตราการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ในทางกลับกันพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ทั้งนี้ รัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้มีการประกาศใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น ปัจจุบันคือแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติดังกล่าวสรุป ได้ว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้นานที่สุด และมีหลักประกันที่มั่นคง³

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเผชิญกับอาการของโรค และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่

เป็นอยู่ จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต⁴ และในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และในปัจจุบันนี้ปัญหาโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ในปี พ.ศ.2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก จำแนกตามเพศ โดยจำนวนผู้ป่วยสูงอายุชาย จำนวนกว่า 5.1 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 และโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.59 ส่วนผู้ป่วยสูงอายุหญิง จำนวนกว่า 6.4 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด เช่นกัน โดยมีสัดส่วนร้อยละ 30.97 รองลงมา คือ โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 12.67 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.12 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.07 และ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.68⁵ จังหวัดศรีสะเกษ นับเป็นพื้นที่หนึ่ง ที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงในกลุ่มเขตสุขภาพที่ 10⁶ ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20.96 ของประชากรทั้งหมด โดยผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.63 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.06 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.95 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 0.75 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.41 และโรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 0.04 ตามลำดับ ทั้งนี้ ตำบลสะเดาใหญ่ จัดเป็นพื้นที่ด้านการศึกษา มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 973 คน คิดเป็นร้อยละ 19.67 ของจำนวนประชากรทั้งตำบล ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 41.52 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด⁷ โดยโรคเรื้อรัง ที่พบ ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.26 โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.25 โรคหลอดเลือดในสมอง ร้อยละ 1.95 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.75 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.31 ตามลำดับ⁷ ดังนั้น โรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ท้าทาย เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงตัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยของโรค ทำให้เกิดความเครียด นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุจะแสดงออกถึงความผิดปกติ ในแต่ละด้าน โดยด้านอารมณ์จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตน เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หากมีอาการเป็นอยู่นาน อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ในที่สุด ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตที่ลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด จากปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกัน ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งจะได้นำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขัน จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 390 คน⁶

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอบุขัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 163 คน ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดในสมอง

2) เป็นบุคคลที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้

3) เป็นบุคคลที่สามารถสื่อสารด้วยการพูดและการฟังได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น

2) เป็นบุคคลที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคกระดูก โรคเกาต์

3) เป็นบุคคลที่มีระยะการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี

4) บุคคลที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และ

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การมีหลักประกัน ยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการสุขภาพ ค่าเดินทางไปรับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง และการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคคลอื่น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย กลุ่มกิจกรรม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์ในชุมชน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาวะโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 -7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย >7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) โดยเครื่องมือมีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 27 คะแนน มีค่าความไว (Sensitivity) 75.68% และความจำเพาะ (Specificity) 93.37% เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD (Major Depressive Disorder) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 11.41 มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงใช้เวลาสั้นๆ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า¹

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24

หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ¹

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร โดยนำเสนอในรูปตารางในกรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด-สูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากเป็นข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอด้วยจำนวนและค่าร้อยละ

2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson Chi-Square และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ในการหาความสัมพันธ์และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.4 อายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.2 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.99 ดัชนีมวลกายต่ำสุด 17 และดัชนีมวลกายสูงสุด 34

การควบคุมปริมาณอาหารและคุมน้ำหนัก ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการ

ควบคุมคิดเป็นร้อยละ 71.2 และไม่มีการควบคุม คิดเป็นร้อยละ 28.8

การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก พบว่า ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 66.9 และไม่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 33.1

การจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ พบว่า ส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการ

ความเครียด คิดเป็นร้อยละ 94.5 และไม่มีวิธีการจัดการ คิดเป็นร้อยละ 5.5

การสูบบุหรี่ หรือ สูดควันบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบ คิดเป็นร้อยละ 86.5 และมีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 13.5 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม คิดเป็นร้อยละ 74.8 และมีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25.2 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทางประชากร (n=163)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	76	46.6
- หญิง	87	53.4
อายุ		
- 60 – 69 ปี	135	82.2
- 70 – 79 ปี	26	16.0
- ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	2	1.2
Mean =65.84, SD =4.31, Min. =60, Max. =85		
ดัชนีมวลกาย		
- น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	4	2.5
- สมส่วน (18.5 – 22.99)	85	52.1
- น้ำหนักเกิน (23.0 – 24.99)	50	30.7
- โรคอ้วน (25.0 -29.99)	22	13.5
- โรคอ้วนอันตราย (30 ขึ้นไป)	2	1.2
Mean =22.99, SD =2.06, Min. =17, Max. =34		
การควบคุมอาหาร		
- มี	116	71.2
- ไม่มี	47	28.8

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
- ปฏิบัติ	109	66.9
- ไม่ปฏิบัติ	54	33.1
การจัดการความเครียด		
- มี	154	94.5
- ไม่มี	9	5.5
การสูบ หรือ สูดควันบุหรี่		
- สูบ	22	13.5
- ไม่สูบ	141	86.5
การดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
- ดื่ม	41	25.2
- ไม่ดื่ม	122	74.8

4.2 ปัจจัยเอื้อต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า

หลักประกันสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 87.1 และไม่มีหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 12.9

ยานพาหนะเดินทางไปรับบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไปด้วยรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 44.8 รถยนต์ส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 33.7 และรถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 21.5

ค่าเดินทางไปรับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางในช่วง 500-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.5 ต่ำกว่า 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.0 และมากกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.5

การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 68.7 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 คนในครอบครัว จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 และเพื่อนบ้าน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละข้อมูลปัจจัยเอื้อของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (n=163)

ข้อมูลปัจจัยเอื้อ	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
ท่านมีหลักประกันสุขภาพหรือไม่		
- มี	142	87.1
- ไม่มี	21	12.9
ท่านเดินทางไปรับบริการสุขภาพด้วยวิธีใด		
- รถยนต์ส่วนบุคคล	55	33.7
- รถจักรยานยนต์	73	44.8
- รถรับจ้าง	35	21.5
ค่าเดินทางไปรับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง (บาท)		
- ต่ำกว่า 500	57	35.0
- 500-1,000	97	59.5
- มากกว่า 1,000	9	5.5
ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากใคร		
- คนในครอบครัว	22	13.5
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	112	68.7
- ผู้นำชุมชน	25	15.3
- เพื่อนบ้าน	4	2.5

4.3 ปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มกิจกรรม/ชมรม พบว่า ส่วนใหญ่มีกลุ่มกิจกรรมหรือชมรม คิดเป็นร้อยละ 54.6 และไม่มีกลุ่มกิจกรรมหรือชมรม คิดเป็นร้อยละ 45.4

การเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่

เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 66.3 และไม่เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 33.7

ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่พูดคุยกันปกติ คิดเป็นร้อยละ 99.4 และไม่ปกติ คิดเป็นร้อยละ 0.6

ความสัมพันธ์ในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมิตรกันปกติ คิดเป็นร้อยละ 98.2 และไม่ปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.8 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละข้อมูลปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (n=163)

ข้อมูลปัจจัยเสริม	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
ท่านมีกลุ่มกิจกรรม/ชมรมหรือไม่		
- มี	89	54.6
- ไม่มี	74	45.4
ก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่		
- เข้าร่วม	108	66.3
- ไม่เข้าร่วม	55	33.7
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
- ปกติ	162	99.4
- ไม่ปกติ	1	0.6
ความสัมพันธ์ในชุมชน		
- ปกติ	160	98.2
- ไม่ปกติ	3	1.8

4.4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับ

ปกติ คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมา ซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.9 ซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.9 และมีระดับซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 1.2 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับความซึมเศร้า (n=163)

ระดับซึมเศร้า	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
ภาวะปกติ หรือมีอาการน้อยมาก (0-7 คะแนน)	75	46.0
ซึมเศร้าระดับน้อย (7 –12 คะแนน)	65	39.9
ซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	21	12.9
ซึมเศร้าระดับรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป)	2	1.2

4.5 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่

ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ คิดเป็นร้อยละ 66.9 และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 33.1 รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=163)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน)	0	0
การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61 – 95 คะแนน)	109	66.9
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)	54	33.1

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้สถิติไค-สแควร์ โดยการวิเคราะห์แบบตาราง 2x2 หากค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 จะใช้ค่า Fisher's Exact พบว่า ไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 3.77$, p-value = 0.05) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 0.23$, p-value = 0.63) อาชีพ ($\chi^2 = 0.69$, p-value = 0.40) ระดับการศึกษา ($\chi^2 =$

2.41, p-value = 0.49) ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ($\chi^2 = 2.91$, p-value = 0.12) การควบคุมปริมาณอาหารและคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ ($\chi^2 = 1.72$, p-value = 0.19) ออกกำลังกาย หรือ เคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก ($\chi^2 = 2.98$, p-value = 0.08) วิธีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ ($\chi^2 = 0.00$, p-value = 1.00) การสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 0.12$, p-value = 0.72) การดื่ม ($\chi^2 = 0.85$, p-value = 0.35) รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=163)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง ๆ	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
- ชาย	45 (27.6)	31 (19.0)	3.77	1	0.05
- หญิง	64 (39.3)	23 (14.1)			

สถานภาพสมรส					
- อยู่คนเดียว	28 (17.2)	12 (7.4)	0.23	1	0.63
- อยู่ด้วยกัน	81 (49.7)	42 (25.8)			
อาชีพในปัจจุบัน					
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43 (26.4)	25 (15.3)	0.69	1	0.40
- ประกอบอาชีพ	66 (40.5)	29 (17.8)			
ระดับการศึกษา					
- ประถมศึกษา	45 (27.6)	18 (11.0)	2.41	3	0.49
- มัธยมศึกษาตอนต้น	23 (14.1)	14 (8.6)			
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	28 (17.2)	18 (11.0)			
- ปริญญาตรีขึ้นไป	13 (8.0)	4 (2.5)			
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย					
- ดูแลตนเอง	16 (9.8)	3 (1.8)	2.91	1	0.12*
- บุคคลอื่นดูแล	93 (57.1)	51 (31.3)			
การควบคุมอาหาร					
- มี	74 (45.4)	42 (25.8)	1.72	1	0.19
- ไม่มี	35 (21.5)	12 (7.4)			
การออกกำลังกาย					
- ปฏิบัติ	68 (41.7)	41 (25.2)	2.98	1	0.08
- ไม่ปฏิบัติ	41 (25.2)	13 (8.0)			
การจัดการความเครียด					
- มี	103 (63.2)	51 (31.3)	0.00	1	1.00
- ไม่มี	6 (3.7)	3 (1.8)			
การสูบบุหรี่					
- สูบ	14 (8.6)	8 (4.9)	0.12	1	0.72
- ไม่สูบ	95 (58.3)	46 (28.2)			
การดื่มสุรา					
- ดื่ม	25 (15.3)	16 (9.8)	0.85	1	0.35
- ไม่ดื่ม	84 (51.5)	38 (23.3)			

*P-value = 0.05, *Fisher's Exact*

ทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่าง (Normality distribution) ค่าจาก Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Spearman's rank correlation รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 การทดสอบการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่าง (Normality distribution)

Tests of Normality								
Gr_Total_QOL			Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
			Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Age	dimens	2.00	.112	109	.002	.906	109	.000
	ion1	3.00	.135	54	.016	.955	54	.040
BMI	dimens	2.00	.131	109	.000	.904	109	.000
	ion1	3.00	.141	54	.009	.921	54	.002
Inc	dimens	2.00	.243	109	.000	.694	109	.000
	ion1	3.00	.207	54	.000	.793	54	.000
Total_Q	dimens	2.00	.135	109	.000	.941	109	.000
	ion1	3.00	.135	54	.016	.951	54	.028

a. Lilliefors Significance Correction

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้วย Spearman's rank correlation พบว่า อายุ ($r_s = -0.099$, $p\text{-value} = 0.21$) ดัชนีมวลกาย ($r_s = 0.03$, $p\text{-value} = 0.67$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = 0.04$, $p\text{-value} = 0.54$) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (Spearman's rank correlation)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต (n=163)	
	r_s	p-value
อายุ	-0.099	0.210
ดัชนีมวลกาย	0.033	0.674
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.047	0.549

$p\text{-value} = 0.5$

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ ยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการสุขภาพ ($\chi^2 =$

15.4, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ หลักประกันสุขภาพ ($\chi^2 = 0.22$, p-value = 0.64) ค่าเดินทางไปรับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง ($\chi^2 = 2.25$, p-value = 0.32) การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ($\chi^2 = 0.69$, p-value = 0.40) รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=163)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง ๆ	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การมีหลักประกันสุขภาพ					
- มี	94 (57.7)	48 (29.4)	0.22	1	0.64
- ไม่มี	15 (9.2)	6 (3.7)			
วิธีการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ					
- รถยนต์ส่วนบุคคล	34 (20.9)	21 (12.9)	15.4	2	<0.001*
- รถจักรยานยนต์	42 (25.8)	31 (19.0)			
- รถรับจ้าง	33 (20.2)	2 (1.2)			
ค่าเดินทางไปรับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง (บาท)					
- ต่ำกว่า 500	38 (23.3)	19 (11.7)	2.25	2	0.32
- 500-1,000	67 (41.1)	30 (18.4)			
- มากกว่า 1,000	4 (2.5)	5 (3.1)			
การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ					
- บุคคลในครอบครัว	13 (8.0)	9 (5.5)	0.69	1	0.40
- บุคคลอื่น	96 (58.9)	45 (27.6)			

4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับคุณภาพ

ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ

กลุ่มกิจกรรม/ชมรม ($\chi^2 = 3.39$, p-value = 0.06)
การเข้าร่วมกิจกรรมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรค
โควิด-19 ($\chi^2 = 3.37$, p-value = 0.07) ความสัมพันธ์
ในครอบครัว ($\chi^2 = 0.4$, p-value = 1.00)
ความสัมพันธ์ในชุมชน ($\chi^2 = 1.51$, p-value = 0.55)
รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 163)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	กลาง ๆ	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ท่านมีกลุ่มกิจกรรม/ชมรมหรือไม่					
- มี	54 (33.1)	35 (21.5)	3.39	1	0.06
- ไม่มี	55 (33.7)	19 (11.7)			
ก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19					
ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่					
- เข้าร่วม	67 (41.1)	41 (25.2)	3.37	1	0.07
- ไม่เข้าร่วม	42 (25.8)	13 (8.0)			
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					
- ปกติ	108 (66.3)	54 (33.1)	0.49	1	1.00
- ไม่ปกติ	1 (0.6)	0			
ความสัมพันธ์ในชุมชน					
- ปกติ	106 (65.0)	54 (33.1)	1.51	1	0.55
- ไม่ปกติ	3 (1.8)	0			

4.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับ

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางเดียวกันในระดับน้อย ($r_s = 0.16$, p-value = 0.39) รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 163)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต (n=163)	
	r_s	p-value
ภาวะซึมเศร้า	0.16	0.039*

p-value = 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร /ปัจจัยนำ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.4 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.2 มีน้ำหนักปกติ (BMI= 18.5 – 22.99) คิดเป็นร้อยละ 52.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.7 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 58.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.9 มีบุตรเป็นผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 44.8 มีการควบคุมปริมาณอาหารและคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ คิดเป็นร้อยละ 71.2 มีการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก คิดเป็นร้อยละ 66.9 มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ คิดเป็นร้อยละ 94.5 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.5 และไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 74.8

ข้อมูลปัจจัยเอื้อ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 87.1 ไปรับบริการสุขภาพด้วยรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 44.8 มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางในช่วง 500-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.5 และได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 68.7

ข้อมูลปัจจัยเสริม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีกลุ่มกิจกรรมหรือชมรมสำหรับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 54.6 ก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เข้าร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 66.3 ความสัมพันธ์ในครอบครัวปกติดี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 99.4 และความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นปกติ จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 98.2

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติหรือมีอาการระดับน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.9 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.9 และมีภาวะระดับซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 1.2 อาการที่ผู้สูงอายุเป็นบ่อยที่สุด คือ หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 (SD=1.07) และ เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 (SD=0.87) ส่วนอาการที่เป็นน้อยที่สุด คือ คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.50 (SD=0.71)

คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ คิดเป็นร้อยละ 66.9 และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 33.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติประจำ คือ พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (SD=0.72) คุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (SD=0.92) ซึ่งผู้สูงอายุให้เหตุผลว่า เมื่ออายุมากขึ้นกำลังหรือพลังงานที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันลดลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะทางประชากรไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 3.77$, p-value = 0.05) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 0.23$, p-value = 0.63) อาชีพ ($\chi^2 = 0.69$, p-value = 0.40) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 2.41$, p-value = 0.49) ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ($\chi^2 = 2.91$, p-value = 0.12) การควบคุมปริมาณอาหารและคุมน้ำตาลไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ ($\chi^2 = 1.72$, p-value = 0.19) ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก ($\chi^2 = 2.98$, p-value = 0.08) วิธีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ ($\chi^2 = 0.00$, p-value = 1.00) การสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 0.12$, p-value = 0.72) การดื่ม ($\chi^2 = 0.85$, p-value = 0.35)

ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ($r_s = -0.099$, p-value = 0.21) ดัชนีมวลกาย ($r_s = 0.03$, p-value = 0.67) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = 0.04$, p-value = 0.54) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ ยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการสุขภาพ ($\chi^2 = 15.4$, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ หลักประกันสุขภาพ ($\chi^2 = 0.22$, p-value = 0.64) ค่าเดินทางไปรับบริการสุขภาพแต่ละครั้ง ($\chi^2 = 2.25$, p-value = 0.32) การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ ($\chi^2 = 0.69$, p-value = 0.40)

ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ กลุ่มกิจกรรม/ชมรม ($\chi^2 = 3.39$, p-value = 0.06) การเข้าร่วมกิจกรรมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ($\chi^2 = 3.37$, p-value = 0.07) ความสัมพันธ์ในครอบครัว ($\chi^2 = 0.4$, p-value = 1.00) และความสัมพันธ์ในชุมชน ($\chi^2 = 1.51$, p-value = 0.55)

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางเดียวกันในระดับปกติหรือระดับน้อยมาก ($r_s = 0.16$, p-value = 0.39)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 82.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.5 ยังสามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 47.1 ทั้งนี้เนื่องมาจากตามโครงสร้างประชากรไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และยังสามารถประกอบอาชีพได้ อาจส่งผลให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และด้วยบริบทของสังคมชนบทที่ยังเป็นครอบครัวขยายยังมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี⁸ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดีไม่มีข้อจำกัดในการทำ

กิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองและประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

ผลการศึกษาปัจจัยนำต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการควบคุมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 71.2 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 66.9 มีวิธีการจัดการความเครียด ร้อยละ 94.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.5 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.8 ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากประเทศไทยได้มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁷ ซึ่งสอดคล้องกับ ปกรณ์ วามานิชย์⁹ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 87.1 ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 68.7 และ คนในครอบครัว ร้อยละ 13.5 สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยมีพาหนะทั้งของตนเองและหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 44.8 ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากประเทศไทยได้มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁷ ซึ่งสอดคล้องกับ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข¹⁰ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.0 ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีกลุ่มกิจกรรมหรือชมรม ร้อยละ 54.6 การเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 66.3 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.0 เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการศึกษาของ ชุตติเดช เจริญดอน¹¹ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลต่อคุณภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย เช่น หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 (SD=1.07) และเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง มี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 (SD=0.87) ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจในวัยผู้สูงอายุ¹² ได้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านจิตวิทยา ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมของบุคคล เป็นองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข¹⁰ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพูจังหวัดขอนแก่น องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ร้อยละ 53.90

ผลจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 66.2 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.1 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.63 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.06 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.95 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 0.75 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.41 และโรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 0.04 และเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก็ทำให้ผู้สูงอายุทำงานได้น้อยลง เนื่องจากต้องรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีมากที่สุด ร้อยละ 58.3 และเมื่อไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มียารักษาส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เพราะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เงินในการใช้จ่ายประกอบกับค่าครองชีพ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในระดับกลาง ๆ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้สิทธิการรักษา คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 87.1 จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ส่วนหนึ่งและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.5

แต่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 44.8 มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดีมาก จึงมีคนในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่และทำให้รู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิตส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา วรรณชาติ⁴พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 สอดคล้องกับผลการศึกษา จีราพร ทองดี⁸ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.0 และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดีไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลตนเอง และประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยเอื้อด้านยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการสุขภาพ ($\chi^2 = 15.4$, p-value < 0.001) และภาวะซึมเศร้า ($r_s = 0.16$, p-value = 0.39) ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพได้ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวแต่การเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ อารมณ์ และจิตใจ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข¹⁰ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอสีชมพูจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ใน

ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.0 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุน ทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว และการศึกษาของ ชูติเดชเจียนตอน¹¹ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.50 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลสะเตาใหญ่ อำเภออุษันท์ จังหวัดศรีสะเกษพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง ๆ ควรจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป และควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องของการหาอาชีพเสริมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มมากขึ้น และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่

2. ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนปัญหา
และความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้วางแผน
พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
(2560). คู่มือความสุข 5 มิติ.พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงาน
การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย
พ.ศ.2564.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2552). คณะกรรมการ
ผู้สูงอายุแห่งชาติกระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุ
แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับ
ปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.
4. มุกिता วรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัด
อุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์,
45(ฉบับพิเศษ).
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
(2558). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.
[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก
<https://thaitgri.org/?p=36614>. สืบค้น
เมื่อ 23 มิถุนายน 2564.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
(2564). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่
สำคัญ.[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11. สืบค้นเมื่อ 2
มิถุนายน 2564.

7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง.นนทบุรี :สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
8. จีราพร ทองดี,ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรี. (2553). ภาพสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.
9. ปกรณ์ วามวณิชย์. (2553). กรณีศึกษาตำบลวารินชำราบและตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการวิจัย : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
10. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข,ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, นำพร อินสิน, จรินทร์ทิพย์ ขมชายผล, จิราภรณ์ จำปาจันทร์.คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอสีชมพูจังหวัดขอนแก่น. 15(2);พฤษภาคม – สิงหาคม,2560.
11. ชุตติเดช เจียนดอน,นวรรตน์สุวรรณผ่อง ,ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร ไหวธีระกุล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา.วารสาร สาธารณสุขศาสตร์.
12. จักรี สว่างไพร. (2525). การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานครูโรงเรียนแห่งหนึ่งในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต : คณะรัฐศาสตร์ และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Received: 12 May 2022, Revised: 27 May 2022

Accepted: 4 Jul 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

จันทร์ชนะสอน ลำโรงพล¹ สุวไรรินทร์ ศรีชัย^{2*} ภัทรพล โพนไพรสันต์³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 261 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน คือ สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 261 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี ร้อยละ 31.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.2 มี ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 1 เข็ม ร้อยละ 95.8 สมาชิกในครัวเรือนไม่เคยป่วย ร้อยละ 96.2 ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนเดินทางกลับ ร้อยละ 93.9 ส่วนใหญ่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.6 ปัจจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.8 ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.8 คุณภาพชีวิตในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.8 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ รายได้ต่อเดือนส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มวัยทำงาน

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^{2*,3} อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author : ssuwairin@yahoo.com

Original Article

Factors Related to Preventive Behaviors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among Households of Working Age Groups in the Area of Responsibility of Ban Suea Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province

Chachanason Somrongphon¹, Suwairin Srichai^{*2}, Phattarapon Ponprisan³

Abstract

This descriptive research aimed at studying the factors related to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) prevention behaviors among households of working age groups in the responsible area of Ban Suea Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province. Data were collected from a total sample of 261 by using questionnaires. Both descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, such as chi-squared statistic and Spearman's correlation coefficient were employed for data analyses.

The results of the study found that most samples were female (59.8%), aged between 50–59 years (31.8%), had no underlying disease (91.2%), most of them had received 1 dose of vaccine (95.8%), household members had never been sick (96.2%), during the coronavirus disease 2019 epidemic, household members did not come-back home (93.9%), Their knowledge, attitude, enabling factors, and reinforcing factors towards prevention of coronavirus disease 2019 were at a good level (94.3%, 71.6%, 62.8%, 82.8%), respectively. Quality of life during the epidemic was at a moderate level (51.7%). The prevention behaviors of coronavirus disease 2019 were at a good level (82.8%). Factors that statistically related to coronavirus disease 2019 prevention behavior were; personal monthly incomes ($r_s = 0.137$, p-value < 0.001), enabling factors ($r_s = 0.509$, p-value < 0.001), reinforcing factors ($r_s = 0.523$, p-value < 0.001), and quality of life ($r_s = 0.200$, p-value < 0.001), at the 0.05 level of statistical significance.

In conclusion, the results of the study indicated that monthly income factor, access to the vaccination system, family and community supports and preventive rules were related to coronavirus disease 2019 preventive behavior in the households of working age groups. Therefore, family members and relevant agencies in the community must support and establish rules to prevent coronavirus disease 2019 continually.

Keywords: prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19), working age group

¹ Student in Bachelor of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

^{2*}, ³ Lecturers, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author : ssuwairin@yahoo.com

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการระบาดในครั้งแรกที่ประเทศจีน และได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก ในปัจจุบันแม้จะมีการพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แต่ทั่วโลกก็ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ โดยสถานการณ์การระบาดของไทยยังมีผู้ติดเชื้อทั่วประเทศยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยแนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการดำเนินการในประเทศไทยคือการบังคับใช้กฎหมาย การออกมาตรการการปฏิบัติตัวของประชาชน และอีกหนึ่งแนวทางคือการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนในประเทศจากรายงานการฉีดวัคซีน ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 ของประเทศไทย ผลการฉีดวัคซีนสะสมอยู่ที่ 12,908,193 โดส โดยแบ่งเป็นผู้ที่ได้รับการฉีดเข็มที่ 1 จำนวน 9,598,949 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.6 ของประชากรทั้งประเทศ และผู้ที่ฉีดครบ 2 เข็มแล้วจำนวน 3,309,244 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของประชากรทั้งประเทศจำนวน 50 ล้านคน ซึ่งยังไม่ถึงร้อยละ 60-70 ของประชากรทั้งประเทศ ทำให้ประเทศไทยยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ได้

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยจาก การระบาดพบว่า ทั้ง 3 ระลอกคือ ระลอกมกราคม 2563 ระลอกธันวาคม 2563 และระลอกเมษายน 2564 มีสถิติผู้เสียชีวิต ช่วงอายุ 20-29 ปี เสียชีวิตสูงที่สุดของแต่ละระลอก รองลงมาคือช่วงอายุ 30 - 39 ปี ช่วงอายุ 40 - 49 ปี และช่วงอายุ 50 - 59 ปี เรียงตามลำดับ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานและประชาชนทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นในด้านของเศรษฐกิจ ด้านสังคม คราวเรือนและสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรม โดยการระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอก 1 เมษายน ที่มาจากคลัสเตอร์สถาบันเทিং ทำให้คนไทยส่วนใหญ่กลับมา มีพฤติกรรม

สุขภาพที่ดีคือให้ความสำคัญกับการสวมหน้ากากอนามัยสูง การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ กินอาหารร้อนใช้ช้อนกลางส่วนตัว แต่ทุกครั้งที่ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันลดลง จะเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อีกครั้ง โดยพฤติกรรมที่ไม่ได้มีการปฏิบัติตามมาตรการคือการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 26.85 จากการศึกษาสภาพแวดล้อม ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเด็นผลการปรับพฤติกรรมอนามัยตามมาตรการและคำแนะนำในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 คำแนะนำปฏิบัติตนเรื่อง การเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตร แต่ในทางปฏิบัติประชาชนให้ข้อมูลว่าสามารถทำได้เพียงร้อยละ 63 เนื่องจากข้อจำกัดของสภาพบ้านที่อยู่อาศัย โดยอีกหนึ่งพฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติได้น้อยคือการแยกกินข้าวกับคนในครอบครัว ร้อยละ 65.3 สำหรับพฤติกรรมการสวมหน้ากากของคนในชุมชนสวมถูกต้องเพียงร้อยละ 68.2 และข้อมูลที่ประชาชนต้องการมากที่สุดเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวคือข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน ร้อยละ 38 รองลงมาคือวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในครอบครัวหรือชุมชน ร้อยละ 22.5 จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าประชาชนยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน วิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในครอบครัวหรือชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จังหวัดมหาสารคามซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพเขตที่ 7 ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคามและจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อของจังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2564 เป็นอันดับที่ 2 ของเขตสุขภาพโดยมีผู้ติดเชื้อจำนวน 1,178 รายรองจากจังหวัดขอนแก่นที่เป็นอันดับ 1 คือมีผู้ติดเชื้อจำนวน 1,466 ราย แต่เมื่อเทียบหาอัตราการติดเชื้อจากสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อและประชากรในจังหวัดพบว่า อัตราการติดเชื้อของจังหวัดมหาสารคามสูงถึง 123.52 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ที่ 89.94 ต่อแสนประชากร ในจังหวัด

มหาสารคามมีผู้ป่วยยืนยันในทุกอำเภอ โดยในการระบาดของระลอกเมษายน 2564 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เดินทางกลับภูมิลำเนาเพื่อมาทำการรักษาตัว และในอำเภอเชียงยืนเป็นหนึ่งในอำเภอในจังหวัดมหาสารคามที่มีผู้ติดเชื้อในพื้นที่สูง เนื่องจากเป็นอำเภอที่อยู่ติดกับจังหวัดขอนแก่น ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดในพื้นที่ ซึ่งกระทบต่อสังคมครัวเรือน เศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชน โดยในเขตรับผิดชอบของอำเภอเชียงยืนตำบลที่ถูกจัดเป็นพื้นที่สีแดง คือ ตำบลเชียงยืน และตำบลเสือเผ่น โดยในตำบลเสือเผ่นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่โดยสาเหตุมาจากการติดเชื้อจากสมาชิกในครัวเรือน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่นได้ดำเนินการสอบสวนโรคและกำหนดใช้มาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชน แต่จากการที่ประชาชนในวัยทำงานส่วนใหญ่ทำงานที่จังหวัดขอนแก่น โดยการเดินทางไปกลับ ซึ่งจังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดจำนวนมาก นอกจากมาตรการของทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น สิ่งที่สำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อีกหนึ่งอย่างคือพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือน (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงาน โดยศึกษาพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และหวังว่าผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการโรคระบาดอุบัติใหม่ในอนาคต และเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อ สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากสมาชิกครัวเรือนได้

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ประชากร คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น ตำบลเสือเผ่น อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,342 คน (HDC โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น ตำบลเสือเผ่น อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จากการคำนวณโดยสูตรการหาของจำนวนประชากร ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตรขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณแบบประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร (Wayne W. Daniel, 1995: อ้างถึงใน ศิสุณีรัตน์ พงษ์ทรัพย์)

สูตรในการคำนวณ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1) d^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ ประชากรวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,342 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้ง

ปกติ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่า 1.96

P = สัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่ม 30% เท่ากับ .30 (สุนิรัตน์ พงษ์ทรัพย์ พาณีสิตะกลิน และพรทิพย์ กิระพงษ์)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2(1,342)(0.30)(1 - 0.30)}{(1.96)^2(0.30)(1 - 0.30) + (1,342 - 1)(0.05)^2}$$

$$n = \frac{1,082.63971}{0.806736 + 3.3525}$$

$$n = 260.29$$

ดังนั้น จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 261 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
2. สามารถตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่มีความผิดปกติทางด้านการมองเห็น สามารถอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้
3. ไม่เป็นผู้ที่มีอาการทางสุขภาพจิต
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเลือกรับรู้

1. มีความพิการหรือป่วย เช่น ป่วยด้วยโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงที่มีผลต่อการรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครัวเรือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยสร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบ่งเป็น

การแปลผลแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ส่วนบุคคล รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครัวเรือน ลักษณะของครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประวัติการได้รับวัคซีน และประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครัวเรือน

การแปลผลแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามส่วนของปัจจัยนำ แบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้นกำเนิดของโรค อาการแสดงของโรค การแพร่เชื้อ และวิธีการป้องกันการติดเชื้อ เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ตามหลักการ Learning for Mastery โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 อ้างใน ชูชัย อรรถวิสัย, 2556) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 11 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 (12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ
80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป)

ตอนที่ 2 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็น
ลักษณะคำถามทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ
การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ผู้ตอบเลือก
เพียงคำตอบเดียว มี 3 ตัวเลือก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
ด้วย หากค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับทัศนคติดี หมายถึง มี
คะแนนอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00

ระดับทัศนคติปานกลาง หมายถึง
มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33

ระดับทัศนคติไม่ดี หมายถึง มี
คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66

การแปลผลแบบสอบถาม ส่วนที่ 3
แบบสอบถามส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็น
ลักษณะความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบ
เลือกเพียงคำตอบเดียวที่มี 3 ตัวเลือก มาก ปานกลาง
น้อย โดยหาค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย
ดังนี้

ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดี หมายถึง
มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00

ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง
หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33

ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับไม่ดี
หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66

การแปลผลแบบสอบถาม ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม
เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นลักษณะความคิดเห็นของ
ผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวที่มี
3 ตัวเลือก มาก ปานกลาง น้อย หาค่าเฉลี่ยโดยกำหนด
เกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ปัจจัยเสริมระดับดี หมายถึง มี
คะแนนอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.00

ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง
หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33

ปัจจัยเสริมระดับไม่ดี หมายถึง มี
คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66

การแปลผลแบบสอบถาม ส่วนที่ 5 คุณภาพ
ชีวิต (WHOQOL - BREF) จำนวน 26 ข้อ ข้อความจะ
ถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2
สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมิน
เหตุการณ์หรือความรู้สึก การแปลผลคะแนน (กรม
สุขภาพจิต, 2545) คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่
26 – 130 คะแนน โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมี
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมี
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ

96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมี
คุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลผลแบบสอบถาม ส่วนที่ 6 พฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครัวเรือน
ของวัยทำงาน จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นลักษณะคำถาม
การแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับการป้องกันการ
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หาค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์
ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันระดับดี
หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.0

พฤติกรรมการป้องกันระดับปาน
กลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.33

พฤติกรรมการป้องกันไม่ดี หมายถึง
มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะ
ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร
โดยนำเสนอในรูปตารางในกรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอ

ด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด-สูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากเป็นข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอด้วยจำนวนและค่าร้อยละ

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร (ข้อมูลที่เป็นอัตราส่วน) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

1.ลักษณะทางประชากร

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 156 คน (ร้อยละ 59.8) อายุ เฉลี่ยร้อยละ 31.8 ระดับการศึกษา จบ

การศึกษาที่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.2) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.3) โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.2) ประวัติการรับวัคซีนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน (ร้อยละ 64.0) ประวัติการเจ็บป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของสมาชิกในครัวเรือน ในครัวเรือนไม่เคยป่วย (ร้อยละ 96.2) สมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานอยู่ในสถานที่อื่น ๆ แล้วกลับมาบ้านช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนเดินทางกลับ (ร้อยละ 93.9) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 261)

คำถามและตัวเลือก		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		105	40.2
หญิง		156	59.8
อายุ (ปี)			
20-29		33	12.6
30-39		62	23.8
40-49		82	31.4
50-59		83	31.8
Mean = 42.9, Max. = 59, Min. = 20, SD = 11.00			
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว		238	91.2
มีโรคประจำตัว (โปรดเลือก)		23	8.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด		11	4.2
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง		0	0
โรคไตวายเรื้อรัง		1	0.4
โรคหลอดเลือดสมอง		1	0.4
โรคอ้วน		0	0
โรคเบาหวาน		0	0
โรคเบาหวาน		9	3.4

คำถามและตัวเลือก	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการรับวัคซีน		
ไม่เคยได้รับวัคซีน	11	4.2
เคยได้รับวัคซีน (โปรดเลือก)	250	95.8
- เคยได้รับ 1 เข็ม	250	95.8
- ได้รับครบ 2 เข็ม	248	95.0
- ได้รับการกระตุ้นภูมิเข็มที่ 3	2	0.8
ประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครัวเรือน		
มี	10	3.8
ไม่มี	251	96.2
สมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานอยู่ในสถานที่อื่น ๆ แล้วกลับมาบ้านช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
มี	16	6.1
ไม่มี	245	93.9

2. ปัจจัยนำเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคนัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.1 ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคนัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษานำปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคนัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับดีจำนวน 246 คน (ร้อยละ 94.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 5.7) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคนัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n = 261)

ระดับความรู้	จำนวน (n = 261)	ร้อยละ
ระดับดี 16 คะแนนขึ้นไป	246	94.3
ระดับปานกลาง 12 - 15 คะแนน	15	5.7
ระดับไม่ดี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน	0	0

2.2 ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคนัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษานำปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคนัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ

จำนวน 187 คน (ร้อยละ 71.6) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 28.0) และระดับไม่ดีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับดี

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n = 261)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	187	71.6
ระดับปานกลาง	73	28.0
ระดับไม่ดี	1	0.4

3. ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดี จำนวน 164 (ร้อยละ 62.8) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 93 (ร้อยละ 35.6) และระดับไม่ดีจำนวน 4 (ร้อยละ 1.5) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่ม

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n = 261)

ระดับเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	164	62.8
ระดับปานกลาง	93	35.6
ระดับไม่ดี	4	1.5

4. ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดี จำนวน 216 (ร้อยละ 82.8) และระดับปานกลาง จำนวน 45 (ร้อยละ 17.2) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 5

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n = 261)

ระดับปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	216	82.8
ระดับปานกลาง	45	17.2
ระดับไม่ดี	0	0

5. คุณภาพชีวิตในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับปานกลาง จำนวน 135 คน (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือระดับดี จำนวน 109 คน (ร้อยละ 41.8) และระดับไม่ดี จำนวน 17 (ร้อยละ 6.5) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n = 261)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	109	41.8
ระดับปานกลาง	135	51.7
ระดับไม่ดี	17	6.5

6. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี จำนวน 216 คน (ร้อยละ 82.8) และระดับปานกลาง จำนวน 45 คน (ร้อยละ 17.2) รายละเอียดดังตาราง 7

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n = 261)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	216	82.8
ระดับปานกลาง	45	17.2
ระดับไม่ดี	0	0

7. ปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า คุณลักษณะทาง ประชากรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อาชีพ ($\chi^2 = 15.08$, p-value = 0.005)

ส่วนลักษณะทางประชากรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 1.076$, p-value = 0.30) ระดับชั้นการศึกษา ($\chi^2 = 4.148$, p-value = 0.126) โรคประจำตัว ($\chi^2 = 3.077$, p-value = 0.08) ลักษณะของครัวเรือน ($\chi^2 = 0.375$, p-value = 0.54) ประวัติการรับวัคซีน ($\chi^2 = 0.810$, p-value = 0.41) ประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครัวเรือน ($\chi^2 = 0.382$, p-value = 1.00) ประวัติ สมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานอยู่ในสถานที่อื่น ๆ แล้วกลับมาบ้านช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ($\chi^2 = 2.34$, p-value = 0.16)

ตาราง 8 ปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ลักษณะทางประชากร	ระดับการปฏิบัติ		χ^2	df	p-value
	ระดับดี (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	90 (34.5)	15 (5.7)	1.076	1	0.30
หญิง	126 (48.3)	30 (11.5)			
ระดับชั้นการศึกษา					
ประถมศึกษา	101 (38.7)	18 (6.9)	4.148	2	0.126
มัธยมศึกษา	78 (29.9)	23 (8.8)			
อุดมศึกษา	37 (14.2)	4 (1.5)			
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (4.6)	9 (3.4)	15.08	4	0.005
เกษตรกร	112 (42.9)	14 (5.4)			
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.	27 (10.3)	4 (1.5)			
รับจ้างทั่วไป	58 (22.2)	15 (5.7)			
ข้าราชการ/พนักงาน	7	3			
รัฐวิสาหกิจ	(2.7)	(1.1)			
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	200 (76.6)	38 (14.6)	3.077	1	0.08
มีโรคประจำตัว	16 (6.1)	7 (2.7)			

ลักษณะทางประชากร	ระดับการปฏิบัติ		χ^2	df	p-value
	ระดับดี (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)			
ลักษณะของครัวเรือน					
ครอบครัวยุติ	140	27	0.375	1	0.54
	(53.6)	(28.8)			
ครอบครัวยาย	76	18			
	(29.1)	(6.9)			
ประวัติการรับวัคซีน					
ไม่เคยได้รับวัคซีน	8	3	0.810	1	0.41
	(3.1)	(1.9)			
เคยได้รับวัคซีน	208	42			
	(79.7)	(16.1)			
ประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครัวเรือน					
มี	9	1	0.382	1	1.00
	(3.4)	(1.7)			
ไม่มี	207	44			
	(79.3)	(16.9)			
สมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานอยู่ในสถานที่อื่น ๆ แล้วกลับมาบ้านช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)					
มี	11	5	2.34	1	0.16
	(4.2)	(1.9)			
ไม่มี	205	40			
	(78.5)	(15.3)			

8.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การทดสอบการกระจายของข้อมูล

ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ

Kolmogorov-smirnov พบว่า การกระจายของข้อมูล

ทั้งตัวแปรปัจจัยนำด้านความรู้ (K) ปัจจัยนำด้านทัศนคติ (A) ปัจจัยเอื้อ (E) ปัจจัยเสริม (R) คุณภาพชีวิต (Q) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (B) มีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งไม่ปกติ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 9 การทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov

ตัวแปร	Kolmogorov-smirnov	
	df	p-value
ปัจจัยนำด้านความรู้ (K)	261	< 0.001
ปัจจัยนำด้านทัศนคติ (A)	261	< 0.001
ปัจจัยเอื้อ (E)	261	< 0.001
ปัจจัยเสริม (R)	261	< 0.001
คุณภาพชีวิต (Q)	261	< 0.001
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	261	< 0.001

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ รายได้ต่อเดือนส่วนบุคคล ($r_2 = 0.137$, p-value = 0.027) มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ ($r_2 = 0.509$, p-value = < 0.001) มีความสัมพันธ์กันน้อย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเสริม ($r_2 = 0.523$, p-value = < 0.001) มีความสัมพันธ์ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ อายุ ($r_2 = 0.094$, p-value = 0.129) รายได้ต่อเดือนของครัวเรือน ($r_2 = -0.006$, p-value = 0.928) ปัจจัยนำด้านความรู้ ($r_2 = -0.008$, p-value = 0.897) ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ($r_2 = -0.12$, p-value = 0.842) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตัวแปร	Mean	SD	Spearman's rho (r_2)	p-value	แปลผล
1. อายุ	42.90	11.00	0.094	0.129	ไม่มี ความสัมพันธ์
2. รายได้ต่อเดือนส่วนบุคคล	7018.60	5468.51	0.137*	0.027	มีความสัมพันธ์
3. รายได้ต่อเดือนของครัวเรือน	11443.64	21928.59	-0.006	0.928	ไม่มี ความสัมพันธ์
4. ความรู้	18.22	1.54	- 0.008	0.897	ไม่มี ความสัมพันธ์

5. ทักษะคิด	2.43	0.24	- 0.12	0.842	ไม่มี ความสัมพันธ์
6. ปัจจัยเอื้อ	2.48	0.39	0.509**	< 0.001	มีความสัมพันธ์
7. ปัจจัยเสริม	2.67	0.37	0.523**	< 0.001	มีความสัมพันธ์
8. คุณภาพชีวิต	91.36	18.09	0.200**	0.001	มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P \leq 0.05$

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P \leq 0.001$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี ร้อยละ 31.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 40–49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 42.9 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.8 โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.2 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 3.4 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 1 เข็ม ร้อยละ 95.8 รองลงมาคือ ได้ครบทั้ง 2 เข็ม ร้อยละ 95.0 ส่วนใหญ่สมาชิกในครัวเรือนไม่เคยป่วย ร้อยละ 96.2 และสมาชิกในครัวเรือนเคยป่วย ร้อยละ 3.8 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนเดินทางกลับ ร้อยละ 93.9 และสมาชิกในครัวเรือนเดินทางกลับ ร้อยละ 6.1

ปัจจัยนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับดี จำนวน 246 คน (ร้อยละ 94.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง

จำนวน 15 คน (ร้อยละ 5.7) ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ วิธีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่สามารถปฏิบัติได้ในครัวเรือน คือการรับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงด้วยความร้อน การใช้ช้อนกลาง และการหมั่นล้างมือ (ร้อยละ 98.9) รองลงมาคือ เมื่อมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้าน ในการป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวหลังจากกลับเข้ามาในบ้านสิ่งแรกที่ต้องทำคือการอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เร็วที่สุด (ร้อยละ 98.5) และการระมัดระวังของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีจุดเริ่มต้นของการระบาดมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน (ร้อยละ 98.1)

ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับดี จำนวน 187 คน (ร้อยละ 71.6) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 28.0) และระดับไม่ดี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครัวเรือนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นสิ่งที่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (SD 0.465) รองลงมาคือ การได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะช่วยให้เมื่อผู้รับวัคซีนติดเชื้ออาการจะไม่รุนแรง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (SD 0.530) และทุกครั้งที่ต้องออกจากบ้านแล้วกลับถึงบ้าน อาจ

นำเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแพร่ให้กับสมาชิกในครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 (SD 0.590) ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดีจำนวน 164 (ร้อยละ 62.8) รองลงมาคือระดับปานกลางจำนวน 93 (ร้อยละ 35.6) และระดับไม่ดีจำนวน 4 (ร้อยละ 1.5) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านพร้อมจะฉีดวัคซีนตามนโยบายของภาครัฐ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD 0.459) รองลงมาคือ หน้ากากอนามัยเพียงพอต่อความต้องการใช้ของท่านและสมาชิกทุกคนในครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD 0.507) และในเขตชุมชนของท่านได้รับการจัดสรรวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับท่าน สมาชิกในของท่านและสมาชิกในชุมชนครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 (SD 0.497) ตามลำดับ

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดีจำนวน 216 (ร้อยละ 82.8) และระดับปานกลางจำนวน 45 (ร้อยละ 17.2) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ คนในชุมชนของท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน หรืออยู่ในเขตพื้นที่ส่วนรวมของชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (SD 0.426) รองลงมาคือท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านทางอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ อสม. ผู้นำชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 (SD 0.473) และเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 (SD 0.502) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 135 คน (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือระดับดีจำนวน 109 คน (ร้อยละ 41.8) และระดับไม่ดีจำนวน 17 (ร้อยละ 6.5) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (SD 1.05) รองลงมาคือ ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 (SD 0.97) ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 (SD 1.00) ตามลำดับ

พฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีจำนวน 216 คน (ร้อยละ 82.8) และระดับปานกลางจำนวน 45 คน ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่อยู่นอกบ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (SD 0.18) รองลงมาคือ ทุกครั้งที่ท่านออกนอกบ้านและจำเป็นต้องพูดคุยกับบุคคลอื่นท่านจะสวมหน้ากากอนามัยและเว้นระยะห่าง 1 – 2 เมตรตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (SD 0.29) และท่านล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์เข้มข้นอย่างน้อย 70% ทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของนอกบ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (SD 0.36) ตามลำดับ

ปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้สถิติไคส

แควร์ (Chi-Square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า คุณลักษณะทาง ประชากรที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อาชีพ ($\chi^2 = 15.08$, p-value = 0.005)

ส่วนลักษณะทางประชากรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 1.076$ p-value = 0.30) ระดับชั้น การศึกษา ($\chi^2 = 4.148$, p-value = 0.126) โรคประจำตัว ($\chi^2 = 3.077$, p-value = 0.08) ลักษณะของครัวเรือน ($\chi^2 = 0.375$, p-value = 0.54) ประวัติการรับวัคซีน ($\chi^2 = 0.810$, p-value = 0.41) ประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในครัวเรือน ($\chi^2 = 0.382$, p-value = 1.00) ประวัติ สมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานอยู่ในสถานที่อื่น ๆ แล้วกลับมาบ้านช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ($\chi^2 = 2.34$, p-value = 0.16) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ รายได้ต่อเดือนส่วนบุคคล ($r_2 = 0.137$, p-value = 0.027) มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ ($r_2 = 0.509$, p-value = < 0.001) มีความสัมพันธ์กันน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเสริม ($r_2 = 0.523$,

p-value = < 0.001) มีความสัมพันธ์ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ อายุ ($r_2 = 0.094$, p-value = 0.129) รายได้ต่อเดือนของครัวเรือน ($r_2 = -0.006$, p-value = 0.928) ปัจจัยนำด้านความรู้ ($r_2 = -0.008$, p-value = 0.897) ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ($r_2 = -0.12$, p-value = 0.842) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ พรหมสังคหะ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าคาย อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพัทลุง พบว่า อาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อาจจะเป็นเพราะว่า ลักษณะการประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.70) ส่งผลให้วิถีชีวิตและการมีเวลาว่างจากการประกอบอาชีพ เพื่อการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก แสดงให้เห็นว่าถ้าประชาชนว่างจากงานมากขึ้นก็จะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และในการศึกษารุ่นนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าลักษณะการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 48) ส่งผลให้วิถีชีวิตและการทำงานไม่ต้องอยู่ในสถานที่ที่มีคนแออัด ทำให้ไม่ต้องพบเจอผู้คนจำนวนมาก และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ความรู้ในระดับดี (Mean = 18.22, SD = 1.54) อาจเป็น เพราะ ผลจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จาก อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี กล่อมใจ ที่ได้ทำการศึกษา ความรู้ และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จาก การติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 1.61, SD = 0.28) เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนน้อยคือ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ (Mean = 1.03, SD = 0.67) ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r_2 = 0.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวรรณ คำแสน ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ย 9.44 ซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม ยังมีบางข้อที่ยังตอบผิดมากที่สุดคือการกินฟ้าทะลายโจรหรือสมุนไพรไทยสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ (ร้อยละ 37.5) ซึ่งจากความรู้ (Knowledge) ในทัศนะของฮอสเปอร์ ระบุว่าความรู้นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ความรู้นี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้จากกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของการจำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิด ที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก ด้วยเหตุนี้ การจำได้จึงถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ และจากการศึกษาในครั้งนี้การที่กลุ่ม

ตัวอย่างตอบผิดจำนวนมากในข้อคำถามนี้ อาจเป็นสาเหตุมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้จดจำข้อมูลหรือได้รับข่าวสารจากที่ต่าง ๆ ว่าฟ้าทะลายโจรสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผิดไม่ถูกต้อง เพราะจากข้อมูลของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้ระบุไว้ว่า ฟ้าทะลายโจรสามารถใช้รักษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีอาการไม่รุนแรงได้ แต่ไม่สามารถใช้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ จากข้อมูลนี้หากประชาชนยังไม่ทราบและมีพฤติกรรมการใช้ยาในปริมาณที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อสุขภาพระยะยาวได้

ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ทักษะในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของดรญชนก พันธุ์สุมา พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา ที่ทำการศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบล ปะรุใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโควิด อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างในชุมชนเห็นด้วย อย่างยิ่งว่าโควิด 19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวรรณ คำแสน ที่ทำการศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทักษะในภาพรวมอยู่ในระดับดีประชาชนมีความมั่นใจว่าประเทศจะผ่านไปได้ และการศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครัวเรือนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นสิ่งที่ดี เพื่อป้องกันตนเอง และสมาชิกในครัวเรือน

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.8 มีความสัมพันธ์กันน้อยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มี อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ พรหมสังคหะ ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าคาย อำเภอลำดวน จังหวัดพัทลุง พบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชน และสอดคล้องกับแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ขั้นตอนที่ 3 ในส่วนของปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากร หรือ สิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีหน่วยงานออกมาตรการในการปฏิบัติตน ในชุมชนมีการจำหน่ายอุปกรณ์ในการป้องกันที่ประชาชนชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และในชุมชนมีการจัดสรรวัคซีนให้กับประชาชน

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.8 และมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ปานกลาง กับพฤติกรรมในการป้องกันโควิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับภาณุวัฒน์ พรหมสังคหะ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าคาย อำเภอลำดวน จังหวัดพัทลุง พบว่าปัจจัยเสริมมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนท์ (Operant Conditioning Theory) ที่กล่าวว่า การให้แรงเสริมหรือให้รางวัลเมื่อผู้เรียนกระทำการพฤติกรรมที่ต้องการ สามารถช่วยปรับหรือปลูกฝังนิสัยที่ต้องการได้ จากการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นผลมาจากเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการ

แพร่ระบาดของโควิดซึ่งเป็นการเสริมแรงในทิศทางบวก จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันที่ดี

คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานพบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow Maslow (1987) ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety or Security Needs) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความเรียบร้อย การเงิน สุขภาพ และสอดคล้องกับเอสแคป ในเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตว่าระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด โดยกำหนดตัวแปรหลัก 6 ตัวแยกเป็นตัวชี้วัด 28 ตัว ซึ่งในตัวแปรที่สองตัวชี้วัดการเป็นโรค เป็นหนึ่งในตัวแปรที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต จากการศึกษาในครั้งนี้ ในข้อคำถามท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน อยู่ในระดับดี เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่ดีด้วย

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานพบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับดีอธิบายได้ว่า การที่บุคคล ได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ได้ให้ข้อมูลทุกวันและมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของประชาชน ที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ห้าวหาญ และพรรณวดี ขาจริง ที่ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถาม ท่านและสมาชิกในครัวเรือนมักจะนั่งรับประทานอาหารที่ร้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุตา แวหะยี ที่ได้ทำการศึกษาการรับรู้

ความรุนแรงและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่ากิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ กินข้าวนอกบ้าน เนื่องจากอาจเป็นเพราะมาตรการที่มีการผ่อนปรนให้ประชาชนสามารถนั่งรับประทานอาหารที่ร้านได้จนถึงเวลาสามทุ่ม สำหรับเรื่องข้อคำถามท่านไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น แก้วน้ำดื่ม ยาสีฟัน ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน เป็นต้น อาจเป็นเพราะพฤติกรรมนี้ยังไม่เป็นที่เคยชินสำหรับประชาชน เป็นพฤติกรรม New Normal ที่กำลังรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติให้เป็นนิสัย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของ ข้อนี้ต่ำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ ในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ประชาสัมพันธ์การเรื่องการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ใจด้วยตนเองของประชาชน ให้ทราบถึงโทษ และข้อควรระวังในการใช้จ่าย เพราะจากข้อมูลการศึกษาปัจจัยนำด้านความรู้ในข้อคำถาม การกินฟุ่มเฟือย ใจ หรือ สมุนไพรไทยสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้นั้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ตอบผิดเป็นจำนวนมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ใจ และเมื่อใช้ผิดวิธีอาจนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในข้อคำถาม ท่านและสมาชิกในครัวเรือนมักจะนั่งรับประทานอาหารที่ร้าน และข้อคำถามท่านไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น แก้วน้ำดื่ม ยาสีฟัน ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจถือได้ว่ายังมีประชากรบางส่วนที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำเชื้อมาสู่คนในครอบครัว จากการไปรับประทานอาหารที่ร้าน หรืออาจเป็นการแพร่เชื้อให้กับคนในครอบครัวจากพฤติกรรมการใช้ของใช้ร่วมกัน เช่น แก้วน้ำดื่ม ยาสีฟัน ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน เป็นต้น เนื่องจากข้อที่กล่าวมาเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล

ประชากรควรปฏิบัติตนให้เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัวจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อเสนอแนะ สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป

ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงาน เฉพาะกลุ่มอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล พนักงานเทศกิจ ที่ทำงานเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อนำผลศึกษาที่ได้ไปวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างมาตรการที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 14(2) : 92-103 ; 26 มิถุนายน, 2563.
- จันทิมา ท้าวหาญ และพรพรรณ ขาจริง (2564). การศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 11 ปีการศึกษา 2563 : นวัตกรรมทางสังคมของชุมชนในยุคของการเปลี่ยนแปลงโลกท่ามกลางวิกฤตโควิด-19 (น. 169-177). ภูเก็ต : คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต
- ณัฐวรรณ คำแสน (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า

- จังหวัดเพชรบุรี. ฉบับที่ 1, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
4. ตรีชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบล ปูใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 36(5) : 597-603 ; 20 สิงหาคม, 2564
 5. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิณี ชั่วรัตน์ (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. ฉบับที่ 2, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.
 6. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : จัดพิมพ์โดยโครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
 7. ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต Concepts of quality of life. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่. 49(2) : 171-173 ; พฤษภาคม, 2559 .
 8. ปราณิต อินทรประสิทธิ์. (2556). คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการกรมบัญชีกลางในส่วนกลาง QUALITY OF WORK LIFE OF GOVERNMENT OFFICERS OF THE CENTRAL OFFICE , THE COMPTROLLER GENERAL 'S DEPARTMENT. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. ม.ป.ท. : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
 9. ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวัลย์. (2559). การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. ม.ป.ท. : ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
 10. ปรียาภรณ์ พวงทัย. (2559). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการศึกษาในสหวิทยาเขตชาวดอย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุพรรณบุรี เขต 3. การศึกษาอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. ม.ป.ท. : ภาควิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
 11. ภัทรวรรณ คบขุนทด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลตลาด อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. การศึกษาอิสระทางสาธารณสุขปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.). มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2563.
 12. ภาณุวัฒน์ พรหมสังคหะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าควาย อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564. จาก : http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn62/uploads/38981_0201_20190606115942.pdf
 13. มณฑรา ธรรมบุศย์. “ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขของสกินเนอร์” จิตวิทยาสำหรับครู. สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม 2564. จาก : <https://sites.google.com/site/psychologybkbk1/home/citwithya-kar-reiyn-ru/thvsdi-kar-reiyn-ru-baeb-kar-wang-ngeuxnkh-khng-skin-nex-r>
 14. มาโนช เวชพันธ์. (2532). การมีส่วนร่วมทางการเมืองของข้าราชการประจำ ศึกษาเปรียบเทียบข้าราชการพลเรือน ทหารและตำรวจ. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
 15. วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2564). คุณภาพคือความอยู่รอด ตอน คุณภาพชีวิต...อยู่ที่ใคร?. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564. จาก :

- https://www.matichon.co.th/columnists/news_2530804 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน.
- (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ฉบับที่ 477, กรมควบคุมโรค : กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2564. จาก : <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no477-240464.pdf>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือวัคซีนสู้โควิด ฉบับประชาชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2564).
- รายงานผลการสำรวจการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ในระหว่างมาตรการผ่อนปรน. สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2564. จาก : <http://www.ihppthaigov.net> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. การดำเนินงานตามคำสั่งจังหวัดมหาสารคาม เรื่อง การยกระดับมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. พิธีเปิดประชากรแยกตามกลุ่มวัย. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2564. จาก : https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f
16. อัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ (2563). การศึกษาสภาพแวดล้อม และการดำเนินงาน ของชุมชนแออัด ในกรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์การระบาดของ
- โรคโควิด-19. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ฉบับที่ 43, กระทรวงสาธารณสุข.
17. อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ. (2552). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ผู้มารับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัย อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี. ภาควิชาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม). ม.ป.ท. : คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
18. ฮูดา แวหะยี (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. ฉบับที่ 4.
19. Urbinner. (2564). ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs). สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564. จาก : <https://www.urbiner.com/post/maslow-hierarchy-of-needs>.

Received: 13 May 2022, Revised: 20 Jun 2022

Accepted: 14 Jul 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี

ศรินธร มังคะมณี¹, สุพิศ บุญลาภ², วนิดา ขวเจริญพันธ์³, อ้อมใจ พลกายา⁴, กนิพันธ์ ปานณรงค์⁵, ลลิต ศิริทรัพย์จันทน์⁶

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ประชาชนไทยที่สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ 3อำเภอ ได้แก่ อำเภอดอนฤกษ์ อำเภอลำลูกกา อำเภอเมืองปทุมธานี จำนวน 468 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย อายุ 20-30 ปี การศึกษาปริญญาตรีเป็นโสด ไม่มีบุตร สมาชิกในครอบครัว 4 คน เป็นนักศึกษา รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท สูบบุหรี่ไม่เกิน 5 ปี เคยเลิกบุหรี่ 1-3 ครั้ง คนรอบข้างที่สูบบุหรี่จำนวน 1-3 คน สูบบุหรี่ยี่ห้อ LM เป็นประจำ และไม่มีสวัสดิการ/จ่ายเองในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน สูบไม่เลือกเวลา และสูบเป็นประจำทุกคน ในทุกที่ที่สะดวก ใช้จ่ายค่าบุหรี่ 100-499 บาทต่อเดือน แต่เมื่อมีเด็กเล็กอยู่ใกล้จะงดสูบ แต่เมื่อรู้สึกเครียด และดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้สูบมากขึ้น การที่ต้องร่วมงานสังสรรค์/เข้าสังคมเพื่อนคือเหตุผลที่ทำให้เลิกไม่ได้ แต่ถ้ารู้สึกง่วงเหงาหาวนอนจะงดสูบชั่วคราว เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน พบว่ามีระดับการศึกษา ระยะเวลาสูบบุหรี่ การเคยเลิกสูบบุหรี่ จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ สวัสดิการรักษายาสูบ ที่มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเภทของบุหรี่มี อาชีพ สมาชิกในครอบครัวรวมตนเอง จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ สวัสดิการรักษายาสูบ และความถี่ในการสูบบุหรี่ มีอาชีพ รายได้มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, ปัจจัยส่วนบุคคล, จังหวัดปทุมธานี

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์ วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

⁵อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

⁶อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

Original Article

Demographics factor related to smoking behavior, a case study of
Pathum Thani ProvinceSarinthorn Mungkhamanee¹, Supit Boonlab², Wanida
Chawajaroenpan³, Oomjai Polgaya⁴, Kanipan Pannarong⁵, Lilit Sirisabjanan⁶**Abstract**

The aims of this case were to investigate smoking behavior and to analyze correlation of demographic factors to smoking behavior. The samples are selected by stratified random sampling in total 468 individuals who are living in Lamlukka, Muang Pathum Thani, and Thanyaburi district, Pathum Thani Province, Thailand. There was one questionnaire with the internal consistency reliability was 0.625- 0.701 and total value 0.678. The descriptive statistics and inferential statistics were analyzed by SPSS version 24.0 via frequency, percentage, mean and chi-square technique. The result findings displayed that the sample group was male, age 20-30 years old, Bachelor degree, single, no child, 4 membership of family, student in career, less than 10,000 Baht for income, smoking for up to 5 years, ever quit smoking 1-3 times, 1-3 smokers around, LM for cigar brand regularly, and pay themselves for health insurance. Due to smoking behavior, they have smoked less than 5 cigars per day anytime anyplace, spent 100-499 Baht per month, they would not be smoking if children around, being anxiety and drink alcohol they would be more smoking, Having to attend parties/socializing with friends is the reason why you can't quit, and If chest pain, they would temporarily stop smoking. Moreover, amount of cigarette a day has correlation from education levels, smoking period, quitting smoking, smoker around, and medical benefits while type of cigarette has correlation from occupation, family member, smoker around, and medical benefits at different significance. Moreover, smoking frequency has career and income correlation with different significance.

Keywords : demographics factor, smoking behavior, relationship, Pathum thani province¹Lecturer Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi²Assistant Faculty of liberal arts, Rajamangala University of Technology Thanyaburi³ Lecturer Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira⁴ Lecturer Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj⁵ Lecturer Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University⁶ Lecturer Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi

*Corresponding author: supit_b@mutt.ac.th

บทนำ

ความในมาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้รัฐมีหน้าที่ในการดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพโดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ มาตรา 61 บัญญัติชัดเจนว่ารัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัย ด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2560) ดังนั้นการรับรู้ถึงแนวโน้มพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่อยู่ในรูปของการขึ้นภาษียาสูบจึงเป็นประเด็นที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

บุหรี่เป็นสารเสพติดมีภัยร้ายแรงต่อสุขภาพ ทั้งของผู้สูบโดยตรงและผู้ที่ไม่ได้สูบหรือผู้อยู่ใกล้ชิด รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 ของแผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย (BOD) พบว่า การเสียชีวิตของประชากรไทยจากปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่สูงถึง 54,610 คน จัดเป็นอันดับ 1 ของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรไทยและก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพอันเกิดจากการสูบบุหรี่ หรือร้อยละ 11.2 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดในระหว่างปี 2550-2557 โดยในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่เกือบ 3.6 ล้านคน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลมากกว่า 18,115 ล้านบาท อีกทั้งรายงานจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี 2560 ว่าคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 72,656 ราย มีค่าความสูญเสียจากการตาย

ก่อนวัย 131,073 ล้านบาท โดยคิดเฉลี่ย 20,565 บาท ต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อปี

ผลสำรวจระดับชาติ พบว่าการขึ้นภาษีบุหรี่ และการขึ้นราคาบุหรี่ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการบริโภคยาสูบในประเทศบราซิล เนื่องจากกระตุ้นให้เกิดการเลิกบุหรี่ อีกทั้งยังป้องกันการเปลี่ยนสภาพจากผู้ทดลองหน้าใหม่ไปสู่อุปกรณ์เป็นประจำ ผลการสำรวจนี้สะท้อนจากจำนวนผู้สูบที่ลดลง อันเนื่องมาจากกำลังซื้อที่ลดลงของกลุ่มเยาวชนและประชากรระดับล่าง ผลการวิจัยปรากฏว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน และผู้ไม่สูบบุหรี่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอนมีแนวโน้มในการตอบสนองเชิงบวกต่อมาตรการทางภาษีอุปสรรคที่สำคัญต่อการลดจำนวนผู้สูบได้แก่ ตลาดมืดที่จำหน่ายบุหรี่ผิดกฎหมาย กลุ่มผู้บริโภคน้อยที่กำลังศึกษาอยู่เป็นกลุ่มเป้าหมายของตลาดมืดเพื่อทดแทนกำลังซื้อที่ขาดหายไป อีกทั้งยังพบว่าการติดบุหรี่เชื่อมโยงกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จากอัตราส่วนของผู้สูบบุหรี่ในประเทศรายได้สูงจะมากกว่าประชากรระดับการศึกษาต่ำ ด้อยสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

อนุวัฒน์ ชลไพศาล (2563) สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย ศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงภาษีบุหรี่ต่อการกระจายของภาระภาษีของประชากรผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้แตกต่างกัน พบว่า ภาษีบุหรี่ในประเทศไทยมีลักษณะก้าวหน้า โดยเมื่อมีการเพิ่มภาษีบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มรายได้ต่ำจะได้รับประโยชน์จากการเพิ่มภาษีมากกว่ากลุ่มรายได้สูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ ณ ช่วงชั้นรายได้ต่ำมีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาบุหรี่ของมากกว่าผู้สูบบุหรี่ ณ ช่วงชั้นรายได้สูง ขณะที่กลุ่มผู้สูบบุหรี่ ณ ช่วงชั้นรายได้สูง ขณะที่ยกเว้นภาษีช่วงกลางและ พิษณุ อภิสมการโยธิน (2561) ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปี

ที่ 2-4 พบว่า นิสิตหญิงมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี ระดับปานกลาง การหาซื้อง่าย ความสามารถในการเข้าถึง การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการสูบบุหรี อยู่ในระดับน้อยที่สุด อีกทั้งสาเหตุเชิงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี ได้แก่ ปัจจัยนำประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี ปัจจัยเอื้อ คือ การหาซื้อได้ง่ายและความสามารถในการเข้าถึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี และปัจจัยเสริม การได้สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี อีกทั้งมีการค้นพบจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.8 ในประเทศจีน สนับสนุนการห้ามสูบบุหรีในที่สาธารณะ ร้อยละ 85.1 สนับสนุนค่าเตือนด้านสุขภาพเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์บุหรี และ ร้อยละ 85.7 ขอบการโฆษณาสูบที่ห้ามสูบบุหรี (Yang et al. , 2007)

จังหวัดปทุมธานีมีสถานประกอบการ แหล่งอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และสถาบันการศึกษามากมาย ส่งผลให้มีแรงงานย้ายเข้ามาทำงานประจำและนักเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

1.ข้อมูลทั่วไป

ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ จำนวนบุตร/ธิดาในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรวมตนเอง อาชีพ รายได้ต่อเดือน

2. ประสบการณ์การสูบบุหรีที่ผ่านมา ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี เคยเลิกสูบบุหรีหรือไม่ เคยเลิกมาแล้วกี่ครั้ง มีคนรอบข้างสูบบุหรีหรือไม่กี่คน จำนวนคนรอบข้างที่สูบบุหรี ยี่ห้อที่สูบประจำ และสิทธิการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมการสูบบุหรี ได้แก่

ปริมาณการสูบต่อวัน ช่วงเวลาที่สูบ ชนิดบุหรีที่สูบ ความถี่ในการสูบ สถานที่สูบ ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี สถานการณ์ที่ทำให้สูบ และเหตุผลที่ยังสูบอยู่

นักศึกษาหลากหลายพื้นที่ กลุ่มเหล่านี้ล้วนเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรีโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานที่อาศัยในพื้นที่ปริมณฑลที่ประกอบไปด้วยความเจริญ มีระบบสาธารณูปโภคที่สะดวก ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า ผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคการสูบบุหรีนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อผลประโยชน์สาธารณะของประชาชนที่เป็นความรับผิดชอบของการบริหารราชการแผ่นดินของฝ่ายบริหาร อีกทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการนำมาซึ่งข้อมูลในการคาดการณ์ วางแผน เพื่อพัฒนา รู้เท่าทันแนวโน้มของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมต่อไป นำไปสู่การเติมเต็มจุดอ่อนของการกำหนดนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรีของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย ที่มุ่งสำรวจประชากรของจังหวัดปทุมธานี คือ ผู้สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 3 อำเภอในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ อำเภอรัญญะบุรี ลำลูกกาและเมืองปทุมธานี จำนวน 585,988 คน เป็นเขตพื้นที่ชุมชนเมืองที่มีจำนวนประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดสามอันดับ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 468 คน ด้วยการเลือกใช้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ ร้อยละ 95 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เครื่องมือวิจัยได้แก่แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน แบ่งเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล (ตามกรอบแนวคิดการวิจัย) เป็นตัวแปรต้น นโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ มีเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ ระดับความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) น้อย(2) ปานกลาง(3) มาก(4) มากที่สุด(5) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นตัวแปรตาม ค่าความเชื่อมั่น (reliability) แอลฟาครอนบาค (Alpha Cronbach) ผ่านกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ได้แก่ ด้านนโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ มีค่า 0.818 และด้านพฤติกรรม

การสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 0.680และค่ารวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.688 ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ COA No.1 RMUTT_REC No. Full 11/63 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการแจกแบบสอบถาม โดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง (face to face) หรือ ทำแบบสอบถามผ่านระบบอินเทอร์เน็ตด้วยแบบฟอร์มออนไลน์ (Google form) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย เปอร์เซ็นต์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.80 อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.10 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 74.80 สถานภาพโสด ร้อยละ 87.30 ไม่มีบุตร ร้อยละ 75.90 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 41.30 อาชีพนักศึกษา ร้อยละ 43.90 รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ 21.70 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 76.50 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 75.90 เคยเลิกสูบบุหรี่ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 60.80 มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.60 จำนวน 1-3 คน ร้อยละ 49.30 ยี่ห้อบุหรี่ที่สูบเป็นประจำคือ LM และ มาร์โบโร่ ร้อยละ 67.40 และสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีสวัสดิการ/จ่ายเอง ร้อยละ 31.00 รองลงมาคือ บัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 26.20

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 10 ประเด็นพบว่า ปริมาณการสูบต่อวัน ส่วนใหญ่ สูบน้อยกว่า 5 มวน ร้อยละ 72.30 ช่วงเวลาสูบบุหรี่เป็นประจำแบบไม่เลือกเวลา ร้อยละ 76.20 ประเภทบุหรี่ที่สูบ คือ ผลิตจากโรงงาน ร้อยละ 78.20 ความถี่ในการสูบ เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 41.70 สถานที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ได้แก่ ทุกที่ที่สะดวก ส่วนบุคคล/มิดชิด/ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ นอกบ้าน/สาธารณะ ร้อยละ 36.00 26.60 และ 25.70 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่ต่อเดือน 100-499 บาท ร้อยละ 43.50 และ น้อยกว่า 100 บาท ร้อยละ 31.10 สถานการณ์ที่ทำให้สูบสูบบุหรี่ คือ มีเด็กเล็ก และเห็นป้ายห้ามสูบ ร้อยละ 28.10 และ 22.70 ตามลำดับ สถานการณ์ที่ทำให้สูบมากกว่าปกติ คือ เครียด และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.80 และ 28.20 ตามลำดับ เหตุผลที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ คือ ยังต้องร่วมงานสังสรรค์/เข้าสังคมเพื่อน ร้อยละ 28.40 รองลงมา มีความตึงเครียดในชีวิต ร้อยละ 20.60 สถานการณ์ใดที่ทำให้ท่านงดสูบบุหรี่ได้ชั่วคราว / ต้องการเลิกบุหรี่อย่างถาวร คือ

เจ็บหน้าอก ร้อยละ 22.50 รองลงมา ไอเรื้อรัง ร้อยละ 19.50 และไม่สบาย ร้อยละ 17.40

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยค่าสถิติ Pearson chi-square ของตัวแปรส่วนบุคคลกับ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ปรากฏผลดังตารางที่ 1-3 ประกอบด้วย ตัวแปรส่วนบุคคลต่อประเด็นปริมาณการสูบบุหรี่ ประเภทของบุหรี่ และความรู้ในการสูบบุหรี่

ตารางที่ 1 ค่าสถิติ Pearson chi-square ของปัจจัยส่วนบุคคลต่อประเด็นปริมาณการสูบบุหรี่

การศึกษา	ปริมาณการสูบ (%)				
	น้อยกว่า 5 มวน	6-10 มวน	11-15 มวน	มากกว่า 15 มวน	รวม
การเลิกสูบบุหรี่					
เคย	32.00	5.00	0.50	3.20	40.60
ไม่เคย	40.60	12.30	4.10	2.30	59.40
รวม	72.60	17.40	4.60	5.50	100
P-value					8.35**
จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่					
ไม่มี	5.90	1.00	0.00	1.50	8.30
1-6 คน	52.50	10.80	3.00	3.40	69.60
มากกว่า 6 คน	12.30	6.80	2.00	1.00	22.10
รวม	70.60	18.60	4.90	5.90	100
P-value					24.82*
สวัสดิการรักษายาสูบ					
เบิกจ่ายตรง/ประกันสังคม	17.80	5.10	2.70	1.40	27.00
บัตรทอง	22.00	3.70	0.50	0.00	26.10
ไม่มี/จ่ายเอง	24.30	3.20	1.40	1.80	30.70
ประกันสุขภาพ	7.80	5.50	0.50	2.30	16.10
รวม	72.00	17.40	5.00	5.50	100
P-value					28.62*

*P < 0.05, **P < 0.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตารางที่ 1 พบว่า การเลิกสูบบุหรี่ จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ สวัสดิการรักษายาบาล มีความสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณารายประเด็นจะพบว่า การที่ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่

มีค่าสูงสุด ต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวน จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ 1-6 คน มีค่าสูงสุดต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวน และสวัสดิการรักษายาบาล ไม่มี/จ่ายเอง แสดงค่าสูงสุดต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวน

ตารางที่ 2 ค่าสถิติ Pearson chi-square ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลต่อประเภทของบุหรี่

อาชีพ	ประเภทของบุหรี่ (%)			
	ผลิตโรงงาน	มวนเอง	ทั้งสอง	รวม
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	22.90	0.00	5.10	28.0
รับราชการ	3.30	0.00	1.40	4.70
ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักศึกษา	45.30	2.90	11.20	59.40
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6.50	0.00	1.40	7.90
รวม	78.00	2.80	19.20	100
P-value 43.38**				
สมาชิกในครอบครัวรวมตนเอง				
1-2 คน	59.40	2.30	16.30	77.90
3-4 คน	7.30	0.00	1.70	9.10
5-6 คน	5.70	0.00	1.10	6.80
มากกว่า 6 คน	4.50	0.60	1.20	6.20
รวม	76.80	2.80	20.30	100
P-value 43.79**				
คนรอบข้างสูบบุหรี่				
ไม่มี	3.50	1.00	3.50	8.00
มี 1-3 คน	38.50	1.00	8.00	47.50
มี 4.6 คน	19.50	0.50	2.00	22.00
มีมากกว่า 6 คน	17.00	0.00	5.50	11.50

อาชีพ	ประเภทของบุหรี (%)			
	ผลิตโรงงาน	มวนเอง	ทั้งสอง	รวม
รวม	78.50	2.50	19.00	100
P-value 20.65**				
สวัสดิการรักษายา				
เบิกจ่ายตรง/ประกันสังคม	21.00	0.90	5.10	27.10
บัตรทอง	19.20	0.00	7.50	26.60
ไม่มี/จ่ายเอง	26.60	0.90	3.30	30.80
ประกันสุขภาพ	11.20	0.90	3.30	15.40
รวม	78.00	2.80	19.20	100
P-value 18.09*				

*P <0.05, **P<0.01

ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่า อาชีพ สมาชิกในครอบครัวรวมตนเอง จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ และสวัสดิการรักษายา มีความสัมพันธ์กับประเภทของบุหรีที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดจะพบว่า อาชีพว่างงาน/พ่อบ้าน/

แม่บ้าน/นักศึกษา มีค่าสูงที่สุด จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ จำนวน 1-3 คน มีค่าสูงที่สุด และสวัสดิการรักษายาพยาบาลที่ไม่มี/จ่ายเอง มีค่าสูงที่สุด ต่อประเภทของบุหรีผลิตโรงงาน

ตารางที่ 3 ค่าสถิติ Pearson chi-square ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลต่อความถี่ในการสูบบุหรี่

อาชีพ	ความถี่ในการสูบ (%)			
	นาน ๆ ครั้ง	วันเว้นวัน	เป็นประจำทุกวัน	รวม
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	8.40	3.30	16.40	28.00
รับราชการ	2.80	0.50	1.90	5.10
ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักศึกษา	34.60	5.20	19.10	58.90
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3.30	0.50	4.20	7.90
รวม	49.10	9.30	41.60	100
P-value 32.11**				
รายได้ (บาท)				

อาชีพ	ความถี่ในการสูบบุหรี่ (%)			
	นาน ๆ ครั้ง	วันเว้นวัน	เป็นประจำทุกวัน	รวม
น้อยกว่า 5001	20.40	3.70	14.40	38.40
5001-10000	20.40	4.20	12.00	36.60
10001-15000	6.00	0.90	6.90	13.90
มากกว่า 15000	1.90	1.00	8.30	11.10
รวม	48.60	9.70	41.70	100
P-value 15.95*				

*P <0.05, **P<0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณารายประเด็นจะพบว่า อาชีพ

การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยทั้งหมด 10 ประเด็นพบว่า ปริมาณการสูบต่อวัน สูบน้อยกว่า 5 มวน ร้อยละ 72.30 ช่วงเวลาสูบบุหรี่เป็นประจำแบบไม่เลือกเวลา ร้อยละ 76.20 ประเภทบุหรี่ที่สูบ คือ ผลิตจากโรงงาน ร้อยละ 78.20 ความถี่ในการสูบ เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 41.70 สถานที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ได้แก่ ทุกที่ที่สะดวก ส่วนบุคคล/มิดชิด/ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ นอกบ้าน/สาธารณะ ร้อยละ 36.00 26.60 และ 25.70 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่ต่อเดือน 100-499 บาท ร้อยละ 43.50 และ น้อยกว่า 100 บาท ร้อยละ 31.10 สถานการณ์ที่ทำให้สูบสูบบุหรี่ คือ มีเด็กเล็ก และเห็นป้ายห้ามสูบ ร้อยละ 28.10 และ 22.70 ตามลำดับ สถานการณ์ที่ทำให้สูบมากกว่าปกติ คือ เครียด และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.80 และ 28.20 ตามลำดับ เหตุผลที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ คือ ยังต้องร่วมงาน สังสรรค์/เข้าสังคมเพื่อน ร้อยละ 28.40 รองลงมา มีความตึงเครียดในชีวิต ร้อยละ 20.60 สถานการณ์ใดที่

ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักศึกษาที่มีค่าสูงที่สุด รายได้น้อยกว่า 10,001 บาท มีค่าสูงที่สุด ต่อความถี่ในการสูบนาน ๆ ครั้ง และเป็นประจำทุกวันตามลำดับ

ทำให้ท่านงดสูบบุหรี่ได้ชั่วคราว / ต้องการเลิกบุหรี่อย่างถาวร คือ เจ็บหน้าอก ร้อยละ 22.50 รองลงมา ไอเรื้อรัง ร้อยละ 19.50 และไม่สบาย ร้อยละ 17.40 ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ จึงสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน และมีวินัยความรับผิดชอบต่อสังคมในการเลือกพื้นที่สูบบุหรี่ที่ปรากฏว่า สถานการณ์ที่ทำให้งดสูบบุหรี่ คือ มีเด็กเล็ก และเห็นป้ายห้ามสูบ

การอภิปรายผลจากสถิติอนุมาน ให้พิจารณาอีกครั้งตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ตามที่ให้คำแนะนำ

เมื่อพิจารณาปัจจัย ระยะเวลาสูบบุหรี่ การเคยเลิกสูบบุหรี่ จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ สวัสดิการรักษายาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณารายประเด็น ระยะเวลาสูบบุหรี่ 0-5 ปีมีค่าสูงที่สุด ต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวนและภาพรวมปรากฏผลเช่นเดียวกันค่าสูงสุดของ 0-5 ปี กลุ่มตัวอย่าง

ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่มีค่าสูงที่สุด ต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวน จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ 1-6 คน มีค่าสูงที่สุดต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวน สวัสดิการรักษายาสูบ ไม่มี/จ่ายเอง มีค่าสูงที่สุดต่อปริมาณการสูบน้อยกว่า 5 มวน ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน น้อยกว่า 5 มวน ในกลุ่มที่มีการศึกษาปริญญาตรี ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องขณะที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของไพฑูรย์ และคณะ (2565) และต้องจ่ายค่ารักษายาสูบเองนั้น เป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับ รัชนิ วีระสุขสวัสดิ์ และคณะ (2556) (อ้างอิง 4) แต่ขัดแย้งกับ เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และคณะ (2564) (อ้างอิง 1) Lesueur, Bolze, & Melchior (2018) ที่เสนอว่า อายุ การศึกษาและรายได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

อาชีพ สมาชิกในครอบครัวรวมตนเอง จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ สวัสดิการรักษายาสูบ มีความสัมพันธ์กับประเภทของบุหรี่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณาอายุประเด็นจะพบว่าพบว่าอาชีพว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักศึกษา มีค่าสูงที่สุด สมาชิกในครอบครัวรวมตนเอง จำนวน 1-2 คน มีค่าสูงที่สุด มีคนรอบข้างสูบบุหรี่มีค่าสูงที่สุด จำนวนคนรอบข้างสูบบุหรี่ จำนวน 1-3 คน มีค่าสูงที่สุด ยี่ห้อบุหรี่ LM มีค่าสูงที่สุด และสวัสดิการรักษายาสูบที่ไม่มี/จ่ายเอง มีค่าสูงที่สุด ต่อต่อประเภทของบุหรี่ผลิตโรงงาน การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ สวัสดิการรักษายาสูบ มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณาอายุประเด็นจะพบว่า การศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีค่าสูงที่สุด ต่อ ความถี่นาน ๆ ครั้ง และเป็นประจำทุกวันตามลำดับ อาชีพว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักศึกษา มีค่าสูงที่สุด รายได้ น้อยกว่า 10,001 บาท มีค่าสูงที่สุด ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 0-5 ปี มีค่าสูงที่สุด สวัสดิการรักษายาสูบ ไม่มี/จ่ายเอง มีค่าสูงที่สุด ต่อความถี่นาน ๆ ครั้ง และเป็นประจำทุกวันตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ Wang et al. (2018) ใน

บางปัจจัยได้แก่ อาชีพ และการศึกษาที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ที่บางอาชีพ

ประเด็นสัญญาณด้านสุขภาพที่ปรากฏได้แก่อาการเจ็บหน้าอก ไอเรื้อรัง ของคนไทยที่ทำให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่งดบุหรี่ได้ชั่วคราว/ถาวร สอดคล้องกับ Yang et al. (2007) และ Chen (2020) ที่เสนอว่าการสนับสนุนการห้ามสูบบุหรี่ด้วยคำเตือนด้านสุขภาพในผลิตภัณฑ์บุหรี่ อาจนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับการโฆษณาต่อสังคมไทยได้ อนุวัฒน์ ชลไพศาล (2563) เสนอว่า ผู้สูบบุหรี่ที่รายได้ต่ำจะได้รับผลประโยชน์จากการเพิ่มภาษีมากกว่ารายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับ รายได้ ต่อเดือนของการศึกษานี้ ที่กลุ่มรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ขณะที่ ประเด็นจะสูบท่อไปไม่ปรับเปลี่ยนมีค่าเฉลี่ยของความเห็นอยู่ในระดับน้อย เป็นสัญญาณที่ดีต่อความสำเร็จของนโยบายเมื่อประกาศใช้ อีกทั้ง ภูเบศ วณิชชานนท์ (2561) เสนอว่า การที่จะส่งเสริมสุขภาพโดยมีแพทย์แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ในวัยอายุ 45 ปีขึ้นไป ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วงอายุปรากฏผลสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและรักษาเช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมนั้น ๆ ได้แก่ กลุ่มอาชีพ อายุ รายได้ สวัสดิการรักษายาสูบ การศึกษา ฯลฯ รวมถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณการสูบ สถานที่สูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่ ที่เน้นลักษณะเหล่านี้ให้ตรงกลุ่มอาจทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เบญจวรรณ ช่วยแก้ว ไสภิต สุวรรณเวลา และ ญัฐชานนท์ สงสุข. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา จังหวัดตรัง. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม, 93-103.
- ไพฑูรย์ วุฒิสโร ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์ และ บวรวิธ รอดรังสี. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาลThai Journal of Nursing, 71(1), 1-9.
- ภูเบศ วณิชชานนท์. (2561). ความสัมพันธ์ของปัจจัยสภาพแวดล้อมและนโยบายกับความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของนักสูบไทย. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม หน้า 223-235.
- รัชณี วีระสุขสวัสดิ์ และคณะ .(2556). ความชุกในการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสรรพสิทธิเวชสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1-3 เดือนมกราคม-ธันวาคม, 13-25.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- อภิณัฐ ช้างกลางและ พิษณุ อภิสมภารโยธิน. (2561). การวิเคราะห์สาเหตุเชิงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตหญิง ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยทักษิณ ปีที่ 7 กรกฎาคม หน้า 111-129.
- อนุวัฒน์ ชลไพศาล. (2563). ภาวะภาวะบุหรี่ไทย. วารสารสุทธิปริทัศน์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 78 มกราคม-เมษายน หน้า 167-177.
- Chen, D.T. (2020). The psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on changes in smoking behavior: evidence from a nationwide survey in the UK. Tobacco Prevention and Cessation, 6, 1-5.
- Lesueur, F.E., Bolze, C. & Melchior, M. (2018). Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: data from a nationally representative study. Addictive Behavior, 80, 110-115.
- Wang, Q., Shen, J.J., Sotero, M., Li, C.A. & Hou, Z. (2018). Income, occupation and education: are they related to smoking behavior in China?. PLOS One, 13(2): e0192571.
- Yang, T., et.al. (2007). Attitudes and behavioral response toward key tobacco control measures from the FCTC among Chinese urban residents. [Online]. BMC Public Health, 7,248. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/248>

Received: 20 May 2022, Revised: 10 Jun 2022

Accepted: 16 Jul 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

สุวิชัย รุ่งสว่าง^{*1}, รุ่ง วงศ์วัฒน์^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 436 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่ตอบด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.90 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 53.40 ($R^2 = 0.534$, $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การจัดโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุควรมีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย โดยคำนึงปัจจัยพื้นฐานในด้านต่างๆ เช่น ระดับการศึกษา ความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคน นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และเกิดต่อเนื่อง

คำสำคัญ : กิจกรรมทางกาย, ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Corresponding author: rungw@nu.ac.th

Original Article

Factors affecting Physical Activity among Older Adults in Phitsanulok Municipality, Phitsanulok Province

Surawit Rungsawang^{*1}, Rung Wongwat, ²

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to study the factors affecting the physical activity of the older adult in Phitsanulok Municipality. The sample group was 436 older people aged 60 years and over, obtained from multistage sampling. Data were collected from a self-contained questionnaire. The statistics used in the data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. The hypothesis was tested by using multiple regression analysis statistics.

The results showed that most of the older adults had physical activity behavior at a moderate level (59.90%). Factors affecting physical activity behaviors of the older adults with statistically significance at the 0.05 level were: education level, marital status, knowledge of physical activities, self-awareness and family support. These factors can predict the physical activity behavior of the older adults by 53.40% ($R^2 = 0.534$, p -value < 0.001).

The findings suggested that the physical activity promotion program for the adults should have a variety of activities and consider fundamental factors such as education level, knowledge and self-efficacy. In addition, the older adult 's families should be encouraged to participate in activities in order to encourage them to have sufficient and continuous physical activity.

Keywords: physical activity, older adult

* Corresponding author: rungw@nu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 12 ล้านคน และประเทศไทยกำลังจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัย และผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น มีสุขภาพที่ดี อายุยืนยาวขึ้น¹ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีความรุนแรงของโรคมามากกว่ากลุ่มวัยอื่น เป็นผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และการเสื่อมถอยของร่างกายผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิต จากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสังคม อีกทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดภาระทางการเงินมากมายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว²

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอได้ถูกกำหนดให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของประชากรโลก หรือประมาณ 3.2 ล้านคนต่อปี และการสูญเสียปีสุขภาวะ หรือปีที่มีชีวิตอย่างมีคุณภาพ 69.3 ล้านปีสุขภาวะ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร่วมกับการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน ภาวะกระดูกพรุน ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ทั้งนี้ สถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประเทศไทยคล้ายกับระดับโลก การสำรวจระดับกิจกรรมทางกายของประชากรไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนไทย 1 ใน 3 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัยพบว่า วัยเรียนและวัยรุ่น รวมถึงผู้สูงอายุ มีกิจกรรมทางกาย

เพียงพอเพียงร้อยละ 60 ในขณะที่ระยะเวลาการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวันของคนไทยมากถึงเกือบ 14 ชั่วโมงต่อวัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น³ นอกจากนี้ การศึกษาของนุชรารมณ์ และคณะ⁴ พบว่า ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.4 มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และร้อยละ 33.8 มีระดับกิจกรรมทางกายน้อย โดยกลุ่มที่มีระดับกิจกรรมทางกายต่ำ และมีระดับกิจกรรมทางกายน้อยมาก คือ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.5

ในปี พ.ศ. 2560 โครงสร้างทางประชากรของเทศบาลนครพิษณุโลกมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลต่อภาระพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เทศบาลนครพิษณุโลกจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ การพัฒนา 10 ปี สังคมสูงวัยขึ้น ภายใต้โครงการเสริมสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาเมืองในอนาคต และภายใต้หลักการขับเคลื่อนการพัฒนาโดยท้องถิ่นตามแนวทางของรัฐบาล เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดพิษณุโลก⁵ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 พบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดบ้านมีเพิ่มขึ้น และเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมลดลง⁶ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ปีพ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาที มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 44.71 และไม่มี

กิจกรรมทางกายที่ดีต่อสุขภาพร้อยละ 17.62⁷ และ การศึกษาของปารวี มุสิกรัตน์ และคณะพบว่า ผู้สูงอายุใน เขตสุขภาพที่ 2 มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง มากถึง 180 นาทีต่อ วัน

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า เทศบาลนคร พิชณุโลก ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และ ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรังและภาวะ โภชนาการเกินมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังมี แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงเพิ่ม สูงขึ้นทุกปี ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแล สุขภาพได้ด้วยตนเองโดยยาวนานที่สุด และเตรียมผู้สูงอายุ ให้มีความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจในการพัฒนา สุขภาพให้แข็งแรงจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น การ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบกิจกรรมที่มีความหลากหลายให้ผู้สูงอายุ สามารถเลือกปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามความพร้อมของ สภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อมในบริบทชุมชนจำเป็นที่ ต้องทราบข้อมูลกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในพื้นที่ ดังนั้น จึงเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยประยุกต์ กรอบแนวคิดวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย หรือ PRECEDE Model มาเป็นแนวทางในการศึกษาชุมชน ทั้งนี้ ระยะเวลาที่ผ่านมาการศึกษาเชิงสำรวจกิจกรรมทาง กายในผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดย ภาพรวม และการศึกษาเชิงทำนายยังพบว่า มีจำนวนไม่ มากนัก โดยเฉพาะการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 2 และเพื่อความเข้าใจให้ดียิ่งขึ้น ผลลัพธ์จาก การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ วางแผนพัฒนาพัฒนานโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำกิจกรรมทาง กายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำ กิจกรรมทางกายที่ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร พิชณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบ แนวคิด PRECEDE Model ในการวิเคราะห์พฤติกรรม สุขภาพแบบสหปัจจัย ซึ่งตัวแปรต้นประกอบด้วย 1) ปัจจัย นำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานะการ ทำงาน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย บทบาทในครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรม ความรู้เรื่อง กิจกรรมทางกาย ทักษะติดต่อกิจกรรมทางกาย และการ รับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมทางกาย 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการทำ กิจกรรมทางกาย การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะเพื่อทำกิจกรรม ทางกาย สภาพแวดล้อมสาธารณะที่เอื้อต่อการทำกิจกรรม ทางกายและความสามารถด้านการจัดการของชุมชน 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรง สนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และตัว แปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็น การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต เทศบาลนครพิษณุโลก จำนวน 10,911 คน⁹

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวน 20 เท่าของตัวแปรอิสระ¹⁰ ตัวแปรอิสระในการศึกษานี้มีจำนวน 20 ตัวแปร เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 440 คน ทั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stages sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกและผิด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Kruder-Richardson Method มีค่าเท่ากับ 0.748 และแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom¹¹

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการทำกิจกรรมทางกาย มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 3 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าเท่ากับ 0.841 และแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best¹²

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมทางกาย มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 3 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าเท่ากับ 0.865 และแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best¹²

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกาย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกาย ด้านการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะเพื่อทำกิจกรรมทางกาย ด้าน

สภาพแวดล้อมสาธารณะที่เอื้อต่อการทำกิจกรรม และด้านการจัดการของชุมชน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 3 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าเท่ากับ 0.865 และแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best¹²

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยเสริมต่อการทำกิจกรรมทางกาย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ด้านแรงสนับสนุนชุมชน และด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น 3 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าเท่ากับ 0.928 และแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best¹²

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าเท่ากับ 0.916 และแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย COA No. 020/2022 , IRB No. P2-0317/2564 รับรองเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564 จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 70.00 มีดัชนีมวลกายระดับโรคอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 34.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.60 มี

การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.00 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 61.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.00 และมีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 39.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี หรือ ภรรยา ร้อยละ 54.40 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.80 และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 81.00

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำต่อการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.00 มีทัศนคติการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.50 และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.50

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 ด้านการเข้าถึง

พื้นที่สาธารณะเพื่อทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.20 ด้านสภาพแวดล้อมสาธารณะที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.20 และด้านความสามารถด้านการจัดการของชุมชนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.30

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 42.80 ด้านแรงสนับสนุนจากชุมชนอยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 42.80 และส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 55.00

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.90 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 21.60 และระดับดี ร้อยละ 18.50 ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ (n=436)

ระดับปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย		
ระดับต่ำ	95	21.80
ระดับปานกลาง	162	37.20
ระดับสูง	179	41.00
ทัศนคติเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย		
ระดับต่ำ	7	1.60
ระดับปานกลาง	78	17.90
ระดับสูง	351	80.50
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมทางกาย		
ระดับต่ำ	43	9.90
ระดับปานกลาง	177	40.60

ระดับปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	216	49.50
ปัจจัยเอื้อ		
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกาย		
ระดับน้อย	84	19.30
ระดับปานกลาง	280	64.20
ระดับมาก	72	16.50
การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะเพื่อทำกิจกรรมทางกาย		
ระดับน้อย	92	21.10
ระดับปานกลาง	206	47.20
ระดับมาก	138	31.70
สภาพแวดล้อมสาธารณะที่เอื้อต่อการทำกิจกรรม		
ระดับน้อย	148	33.90
ระดับปานกลาง	210	48.20
ระดับมาก	78	17.90
ความสามารถด้านการจัดการของชุมชน		
ระดับน้อย	193	44.30
ระดับปานกลาง	150	34.40
ระดับมาก	93	21.30
ปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนจากครอบครัว		
ระดับน้อย	187	42.80
ระดับปานกลาง	121	27.80
ระดับมาก	128	29.40
แรงสนับสนุนชุมชน		
ระดับน้อย	187	42.80
ระดับปานกลาง	121	27.80
ระดับมาก	128	29.40
แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่		
ระดับน้อย	240	55.00
ระดับปานกลาง	113	26.00
ระดับมาก	83	19.00

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณตัวแปรทำนายพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษา ($Beta = 0.115$, $p\text{-value} = 0.008$) สถานภาพสมรส ($Beta = 0.128$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ($Beta = -0.154$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta = 0.435$, $p\text{-value} < 0.001$) แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($Beta = 0.156$, $p\text{-value} = 0.002$) โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว

สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 53.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ = $5.972 + 0.827$ (การศึกษา) + 1.557 (สถานภาพสมรส) - 0.795 (ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย) + 0.877 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + 0.444 (แรงสนับสนุนจากครอบครัว) ดังตาราง 2

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณตัวแปรทำนายพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ (n = 436)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
ระดับการศึกษา	0.827	0.115	2.677	0.008*
สถานภาพสมรส	1.557	0.128	3.615	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย	-0.795	-0.154	-3.985	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.877	0.435	9.123	<0.001*
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.444	0.156	3.174	0.002*
Constant (a) = 5.972 R square = 0.534 Adjusted R square = 0.510 F = 22.585				

* $p\text{-value} < 0.05$

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่ามีพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นข้าราชการบำนาญเป็นส่วนมาก การมีกิจกรรมทางกายส่วนใหญ่จึงเป็นการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านเป็นส่วนมาก โดยการศึกษาของนุชรารักษ์ เลี้ยง รื่นรมย์ และคณะ⁴ พบว่า เพศหญิง ผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีกิจกรรมทางกายระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 มี

การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.70 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 51.60 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.60 ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายที่ค่อนข้างมาก โดยการศึกษาของ Notthoff และคณะ¹³ พบว่า หากมีปัญหาสุขภาพน้อย หรือไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกายในระดับสูง และมีรายงานการวิจัยกิจกรรมทางกายในประเทศไทย พบว่า ประชากรที่มีโรคประจำตัว จะเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายน้อย-น้อยนึ่งในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรที่ไม่มีโรคประจำตัว⁴ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม เช่น

ชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกในสถานออกกำลังกาย หรือชมรมต่าง ๆ ที่มีในชุมชนค่อนข้างมาก ร้อยละ 81.00 การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมของบุคคลที่มีความสนใจในกิจกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะเรื่องกิจกรรมทางกายร่วมกันกับบุคคลอื่น อาจมีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิด จากการศึกษาของ Chaudhury และคณะ¹⁴ พบว่า การเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า 1) ปัจจัยนำการทำกิจกรรมทางกาย ได้แก่ ระดับการศึกษา (Beta = 0.115, p -value = 0.008) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Yi และคณะ¹⁵ การศึกษาของ Chaudhury และคณะ¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shiraly และคณะ¹⁶ พบว่า การศึกษาในระดับต่ำมีผลกับการทำกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในขณะที่ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น มีผลต่อการทำกิจกรรมทางกายที่มากขึ้นด้วย และการศึกษานับเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

สถานภาพสมรส (Beta = 0.128, p -value < 0.001) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารวี มุสิกรัตน์ และคณะ¹⁷ การศึกษาของ McKee และคณะ¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaudhury และคณะ¹⁴ พบว่า สถานะสมรส โดยการสนับสนุนกันระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการสนับสนุนสุขภาพดี และมีความสุขในการดำเนินชีวิตคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะช่วยสนับสนุนและพัฒนา

ความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง¹⁹

ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย (Beta = -0.154, p -value < 0.001) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ตวงพร กตัญญูตานนท์²⁰ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการทำกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก เกินครึ่งประสบปัญหาภาวะโภชนาการเกิน (BMI > 23) จากการศึกษาของ McKee และคณะ¹⁸ พบว่า ดัชนีมวลกายส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในเชิงลบ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ^{13, 14} จากข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และที่ผ่านมามีหลายหน่วยงานมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพไปกับการออกกำลังกาย จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเรื่องการทำกิจกรรมทางกายกับการออกกำลังกายที่คลาดเคลื่อน ทั้งนี้ การมีความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายเพียงด้านเดียวอาจไม่มากพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดกิจกรรมทางกายได้อย่างเพียงพอ จากการศึกษาของ Yi และคณะ¹⁵ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีผลเชิงบวกกับการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = 0.435, p -value < 0.001) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของธีรณัฐ ชละเฒ และคณะ²¹ การศึกษาของ Thornton และคณะ²² และสอดคล้องกับการศึกษาของ Notthoff และคณะ¹³ เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura คือ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงว่า ตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพได้จะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญปัญหาต่างๆ แม้กระทั่งความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยาก และพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง¹⁹

2) ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกาย การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะเพื่อทำกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อมสาธารณะที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกาย และความสามารถด้านการจัดการของชุมชน พบว่า ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เทศบาลนครพิษณุโลกเพิ่งเริ่มดำเนินการตามนโยบายยุทธศาสตร์ 10 ปี สังคมสูงวัย เป็นระยะเวลาเพียง 5 ปี ดังนั้น งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการสร้างพื้นที่สาธารณะเพิ่ม การสร้างถนนหรือทางเท้า การสร้างขนส่งมวลชน รวมถึงการสร้างชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุอาจไม่สามารถจัดสรรได้อย่างรวดเร็วตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลปัจจัยเอื้อต่อการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Chaudhury และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ Yi และคณะ¹⁵ พบว่า การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ มีผลต่อการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ และขัดแย้งกับการศึกษาของ Thornton และคณะ²² พบว่า การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น การมีทางเท้า/ทางจักรยานที่อำนวยความสะดวก ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น และขัดแย้งกับการศึกษาของ ปารวี มุสิกรัตน์ และคณะ¹⁷ พบว่า ลักษณะของบ้าน 2 ชั้นขึ้นไป มีโอกาสทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลง นอกจากนี้ ความปลอดภัยจากอาชญากรรม การมีพื้นที่สีเขียว และการเข้าถึงบริการขนส่งสาธารณะ ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ²³

3. ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = 0.156, p -value = 0.002) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของกับการศึกษาของ Chaudhury และคณะ¹⁴ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ สังคมไทยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังอาศัยอยู่เป็นครอบครัว นอกจากนี้ การเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากเดิมเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นผลในการตัดสินใจต่อการทำกิจวัตรประจำวันหลายอย่าง ตั้งแต่การรับประทานอาหาร จนกระทั่งการออกไปปฏิบัติธุระนอกบ้าน รวมถึงการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุด้วย จากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว ได้แก่ คู่ บุตร หลาน และญาติ ผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีบทบาทเป็นเพียงสมาชิกในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่เทศบาลนครพิษณุโลกที่เอื้อเฟื้อสถานที่ และให้ข้อมูลในการทำวิจัย รวมถึงผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf.
2. โครงการผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ ในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2564 [อินเทอร์เน็ต].

- 2554 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/han/3495?shofull>.
3. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. ข้อเสนอแนะการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับ. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2560.
 4. นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์ และคณะ. คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอตามเกณฑ์หรือไม่: ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(2):หน้า 205-20.
 5. ยุทธศาสตร์ 10 ปี สังคมสูงวัย เทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.phsmun.go.th/BackOffice/ckfinder/userfiles/images/files/stategy10y_v3_full.pdf.
 6. กลุ่มรายงานมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.t/main/index.php>.
 7. ผลวิเคราะห์พฤติกรรมที่พึงประสงค์กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.170/ltcdata/behavior.php>.
 8. ปารวี มุสิกรัตน์, ฉัตรสุตา ศรีบุรี, อรุณา บุญยารมย์, กนกวรรณ ศรีสุกรกรกุล. ระดับกิจกรรมทางกายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตสุขภาพที่ 2. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2564;74(2):67-84.
 9. แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ.2561-2565) ของเทศบาลนครพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://dcstore.phsmun.go.th/test02/file_data.pdf
 10. นงลักษณ์ วิรัชชัย. โมเดลลิสเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
 11. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
 12. Best JW. Research in education (2nd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hell; 1997.
 13. Notthoff N, Reisch, P., & Gerstorf, D. Individual Characteristics and Physical Activity in Older Adults: A Systematic Review. Gerontology. 2017;63(5):443-59.
 14. Chaudhury H, Campo, M., Michael, Y., & Mahmood, A. . Neighbourhood environment and physical activity in older adults. Soc Sci Med. 2016;149:104-13.
 15. Yi X, Pope, Z., Gao, Z., Wang, S., Pan, F., Yan, J.Wang, R. Associations between individual and environmental factors and habitual physical activity among older Chinese adults: A social-ecological perspective. J Sport Health Sci. 2016;5(3):315-21.
 16. Shiraly R, Shayan, Z., Keshtkar, V., & Hamed, M. Self-reported Factors Associated with Engagement in Moderate to Vigorous Physical Activity among Elderly People: A Population-based Study. Int J Prev Med. 2017;8(1):26.
 17. ปารวี มุสิกรัตน์, ฉัตรสุตา ศรีบุรี, อรุณา บุญยารมย์, กนกวรรณ ศรีสุกรกรกุล. ระดับกิจกรรมทางกายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตสุขภาพที่ 2 เวชสารแพทย์ทหารบก. 2564;74(2):67-84.

18. McKee G, Kearney, P. M., & Kenny, R. A. The factors associated with self-reported physical activity in older adults living in the community. *Age Ageing*. 2015;44(4):586-92.
19. กุลจิตา กุลประทีปปัญญา, วัชรภรณ์ เรืองสิทธิ์, จำลอง วงษ์ประเสริฐ. ปัจจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย : การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*. 2562;16(1):295-305.
20. ดวงพร กตัญญูตานนท์, ฐานิดา แป้นสมบูรณ์, จันจิรา จินตามณี, พิลัมภา รุ่งเรือง, มณีนรัตน์ เกลี้ยงเกล้า, พรนภา หอมจันทร์, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุหมู่บ้านแห่งหนึ่งในตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มจรวิชาการ*. 2562;23(1):1-14.
21. อีรนุช ชละเอม, ยุวดี สีสันนาวิระ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลการศึกษา* 2560;10(2):19-32.
22. Thornton CM, Kerr J, Conway TL, Saelens BE, Sallis JF, Ahn DK, et al. Physical Activity in Older Adults: an Ecological Approach. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2017;51(2):159-69.
23. Barnett DW, Barnett A, Nathan A, Van Cauwenberg J, Cerin E, on behalf of the Council on E, et al. Built environmental correlates of older adults' total physical activity and walking: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017;14(1):1

Received: 2 Jun 2022, Revised: 1 Aug 2022

Accepted: 29 Aug 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออการ์โนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้างในผักที่จำหน่ายในตลาดสด และในห้างสรรพสินค้า ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ศุจิน มังคลรังษี¹ สุวพิชญ์ เตชะสาน²,
วีรยา สันธกานนท์³, จิตาภา รัตนถาวร³, ธัญญ์สิริ วิทยาคม³,
ภูษณิศา กิจกาญจนกุล⁴, ณกัณฐพันธ์ ประมาพันธ์⁵, เดชาธร สมใจ⁶

บทคัดย่อ

เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเกษตร และมีการตรวจพบสารเคมีตกค้างในระดับอันตรายในผักสดหลายชนิดที่นำมาจำหน่ายให้ผู้บริโภค ซึ่งการได้รับสารเคมีตกค้างในผักผลไม้ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้บริโภคทั้งแบบเฉียบพลันและระยะยาว สารเคมีฆ่าแมลงสะสมในร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่งของโรคมะเร็ง ซึ่งสารเคมีตกค้างที่ตรวจพบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มออการ์โนฟอสเฟต และคาร์บาเมต การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การบริโภคผักผลไม้ที่มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างเป็นอันตรายต่อสุขภาพ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออการ์โนฟอสเฟต (Organophosphates) และคาร์บาเมต (Carbamate) ตกค้างในผักที่จำหน่ายในตลาดสด และในห้างสรรพสินค้า ในเขตกรุงเทพมหานคร **วิธีการวิจัย:** เป็นการตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ออการ์โนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้าง ด้วยชุดทดสอบ เอ็มเจพีเค (MJPK) ของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling Method) ในผักสด 5 ชนิด กระเพรา ผักชี ผักกาดขาว พริกแดง และผักบุ้ง ชนิดละ 42 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นจำนวน 210 ตัวอย่าง จากตลาดสด และห้างสรรพสินค้า ในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ในเดือน พฤศจิกายน 2564 **ผลการศึกษา:** ตรวจพบ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออการ์โนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 43 ตัวอย่าง (ร้อยละ 20.5) แบ่งเป็นตัวอย่างผักที่ซื้อจากห้างสรรพสินค้าจำนวน 10 ตัวอย่าง และตลาดสด 33 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.26 และ 76.74 ของผักที่มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับไม่ปลอดภัย เมื่อวิเคราะห์รายชนิดของผัก พบว่า ร้อยละ 35.71 (n=15) ของผักชี มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย รองลงมาในกระเพรา ร้อยละ 23.81 (n=10) ผักกาดขาว ร้อยละ 21.43 (n=9) พริกแดง ร้อยละ 14.29 (n=6) และผักบุ้ง ร้อยละ 7.14 (n=3) ตามลำดับ **สรุป:** จาก 210 ตัวอย่างที่ทำการศึกษา ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 20.5 (n=43) ซึ่งเป็นตัวอย่างจากตลาดสดร้อยละ 76.74 (n=33) ผักที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับไม่ปลอดภัยมากที่สุดคือ ผักชี กระเพรา และ ผักกาดขาว ตามลำดับ ผู้บริโภคควรหลีกเลี่ยงการบริโภคสารพิษตกค้างในผัก โดยการเลือกบริโภคผักที่มีความเสี่ยงสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างน้อย เลือกซื้อจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ แหล่งมีมาตรการในการคัดคุณภาพผัก และก่อนนำผักมารับประทานควรมีการล้างผักให้สะอาดปราศจากสารเคมีฆ่าแมลงตกค้าง

คำสำคัญ: สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักสด ออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมต

สถาบันพระเครื่อง¹, โรงเรียนสามเสนวิทยาลัย², โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา³, โรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย⁴, มงฟอร์ตวิทยาลัย เชียงใหม่⁵, เตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ⁶

Original Article

Prevalence of Organophosphate and Carbamate Residues in Fresh Vegetables Sold in fresh market and supermarket in Bangkok

Sujimon Mungkalarungsi¹, Suvapitchya Techasan², Veeraya Sintuganon³, Jidapha Ratanathaworn³, Tunsiri Withayakom³, Pusanisa Kitkanjanakul⁴, Nakanthaphan Pramaphan⁵, Dechatorn Somjai⁶

Abstract

Background: Most farmers use pesticides in agriculture and pesticide residues were detected at dangerous levels in many samples of fresh vegetables sold for consumers. The exposure to pesticide residues in fruits and vegetables affects the health of consumers both sudden and long term, and was one of factors developing a cancer. Most of the pesticide residues detected were organophosphate and carbamate groups.

Objective: To study the prevalence of organophosphate and carbamate residues in vegetables sold in the fresh market and in supermarkets in Bangkok **Method:** This study examined cholinesterase inhibitory insecticides using the principle Colorimetric Cholinesterase Inhibitor Assay with MJPk pesticide test kit of Department of Medical Science. 5 types of fresh vegetables were studied: basil, coriander, white cabbage, red pepper and morning glory, 42 samples of each type, total 210 samples from fresh markets and supermarkets

Result: 43 (20.5%) samples were detected Organophosphate and Carbamate residues at an unsafe level. 10 (23.26%) samples were from supermarkets and 33 (76.74) samples were bought from fresh markets. Unsafe level of organophosphate and carbamate residues were found in 35.71% (n=15) of coriander samples, 23.81% (n=10) basil of samples, 21.43% (n=9) of white cabbage, 21.43% (n=9) of red chilli and 7.14% (n=3) water spinach respectively. **Conclusion:** A total of 210 samples studied, 20.5% (n=43) unsafe pesticide residues were found, which 76.64% were samples from a fresh market. The vegetables with the most unsafe level of pesticide residues were coriander, basil, and white cabbage, respectively. Vegetable with pesticide residues can be avoided by choosing types of vegetables which less no. of pesticide detected, buying vegetable from sources that conduct criteria for food safety and all vegetable should be effectively wash out pesticide residues.

Keyword: pesticide residues in vegetable, organophosphate, carbamate

Tree Learning Institute¹, Samsen Wittayalai School², Triamudomsuksa School³, Wattana Wittaya Academy⁴, Montfort College⁵, Triamudonsuksapattanakarn⁶.

บทนำ

เกษตรกรส่วนใหญ่ในประเทศไทยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเกษตร¹⁻² การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องทำให้สารพิษเข้าสู่ร่างกายของผู้ใช้และผู้บริโภคสินค้าการเกษตรนั้น กล่าวคือทั้งเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีในการเกษตร และผู้บริโภคมีโอกาสได้รับสารเคมีอันตราย จากปี พ.ศ. 2557 พบจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับพิษจำนวน 7,954 คน คิดเป็นอัตราผู้ป่วยนอก 12.25 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อจำแนกตามชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากสารในกลุ่ม ออร์กาโนฟอสเฟส (Organophosphate) และคาร์บาเมต (Carbamate) มากที่สุด จำนวน 2,644 คน คิดเป็นร้อยละ 32.22³ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างไม่เหมาะสม รวมทั้งไม่เว้นระยะการให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนการเก็บเกี่ยวผลผลิต⁴ ส่งผลให้มีสารเคมีตกค้างในผักผลไม้ การบริโภคผักผลไม้มีสารเคมีตกค้างส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁵⁻⁶ ร่างกายรับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ การหายใจ ทางผิวหนัง และทางปาก สารออร์กาโนฟอสเฟต มีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทรอบนอก โดยจะจับกับตัวเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ซึ่งมีหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทหยุดการทำงาน ผลการจับ ตัวกับเอ็นไซม์ทำให้ปริมาณของเอ็นไซม์ ลดลง และมีผลต่อกล้ามเนื้อต่าง ๆ ต่อมต่าง ๆ และกล้ามเนื้อเรียบซึ่งควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ในการทำงานมากกว่าปกติ เนื่องจากปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส มีไม่มากพอที่จะหยุดการทำงาน พบอาการ ม่านตาหรี่ หายใจลำบาก เวียนศีรษะ อาเจียน มือสั่น เดินเซ ชัก หมดสติ ระบบกล้ามเนื้อพบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริวที่กล้ามเนื้อ ต่อมต่าง ๆ ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมามาก ต่อมเหงื่อขับเหงื่อออกมามาก ส่วนสารคาร์บาเมต สารในกลุ่มนี้มีการออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับสารออร์กาโนฟอสเฟต แต่ความเป็นพิษน้อยกว่า⁷ การใช้

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁸⁻⁹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง¹⁰ การใช้และการสัมผัสยาฆ่าแมลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน มะเร็งสมอง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง¹¹⁻¹² หากมีการใช้สารเคมีเหล่านี้อย่างไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อการตกค้างในผักผลไม้มากขึ้น และตัวผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนี้ก็มีโอกาสได้รับสารเคมีเหล่านี้เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวได้⁵⁻⁶

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximal Residue Limit: MLR) ในอาหาร เพื่อเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค จากการได้รับสารพิษจากอาหารที่บริโภค¹³⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม มีการตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักผลไม้ ในหลายการศึกษา จากการศึกษาที่ทำการเก็บข้อมูลในช่วงปี 2559-2563 พบว่ามีการตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในหลายพื้นที่ โครงการบูรณาการอาหารปลอดภัย¹⁶ ได้ทำการสำรวจสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ ประจำปีงบประมาณ 2563 ตรวจสารตกค้างไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 52.8 การตรวจสอบสารเคมีตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักสด ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2563)⁵ ตรวจพบสารเคมีตกค้างร้อยละ 46 จากตัวอย่างที่ตรวจทั้งหมด 150 ตัวอย่าง ผักที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างระดับไม่ปลอดภัยมากที่สุด คือ ตะไคร้ ผักหวาน และผักชี รองลงมาคือ คื่นช่าย ใบมะกรูด และถั่วพู ผลการตรวจผักและผลไม้ประจำปี 2562 โดย เครือข่ายเตือนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (THAIPAN)¹⁷ จากตัวอย่างผักและผลไม้ทั้งหมดจำนวน 286 ตัวอย่างผัก 15 ชนิด และผลไม้ 12 ชนิด จากห้างค้าปลีก และตลาดสด ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น ยโสธร สะแกว จันทบุรี ราชบุรี และสงขลา ตรวจพบตัวอย่างผักผลไม้มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 41 ผักที่พบสารพิษตกค้างเกินค่ามาตรฐานมากที่สุดคือ ผักกวางตุ้ง คื่นช่าย กระเพรา ผักชี พริก กะหล่ำดอก ผักชี ส่วนผลไม้

ที่พบการตกค้างมากที่สุด คือ ส้ม ชมพู ฝรั่ง องุ่น การศึกษาเกี่ยวกับการสารเคมีฆ่าแมลงตกค้าง ในผักสด ในเขตจังหวัดมหาสารคาม (2559)³ ตรวจ วิเคราะห์ผัก ตัวอย่าง จำนวน 193 ตัวอย่าง พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้าง ในระดับไม่ปลอดภัยจำนวน 31 ตัวอย่าง คิด เป็นร้อยละ 16.0 ผักที่พบสารเคมี กำจัดศัตรูพืชตกค้าง ในระดับไม่ปลอดภัย จำนวนมากที่สุด คือ พริกแดง กระ เพรา จากการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงความ เสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในวัตถุดิบอาหารซึ่งหาก ได้รับสารเคมีตกค้างนี้จากการรับประทาน อาจส่งผลถึง ปัญหาสุขภาพได้

กรุงเทพมหานครเป็นหลวงของประเทศไทย และเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุดของ ประเทศ¹⁸ เนื่องจากมีผู้อยู่อาศัยอยู่มาก การเกษตรกรรม ทำได้แค่ในบางพื้นที่ ส่งผลให้มีพื้นที่ทำการเกษตรไม่ เพียงพอที่จะสร้างผลผลิตทางการเกษตรให้เพียงพอต่อ ความต้องการของผู้อยู่อาศัยในพื้นที่¹⁹ จึงทำให้มีวัตถุดิบ อาหารต่างๆ เช่นผักผลไม้ เนื้อสัตว์ สัตว์น้ำ อาหารทะเล จากต่างพื้นที่เข้ามาจำหน่ายสำหรับผู้บริโภคในพื้นที่ กรุงเทพมหานครเป็นจำนวนมาก²⁰ จากงานวิจัยที่ผ่านมา มีการพบผักหลายชนิดที่มีสารเคมีตกค้างเกิน มาตรฐาน การบริโภคอาหารที่มีสารเคมีตกค้างส่งผล กระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคทั้งระยะสั้นและระยะ ยาว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาความชุกของสารเคมี กำจัดศัตรูพืชกลุ่มออกอร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้างในผัก ที่จำหน่าย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อ

เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริโภค ในเรื่องความปลอดภัยใน อาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาความชุกของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้างกลุ่มออกอร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมตในผัก สดที่จำหน่ายในตลาดสดและห้างสรรพสินค้า ในเขต กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดย ศึกษาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออกอร์กาโนฟอสเฟตและ คาร์บาเมตค้างในผัก ที่จำหน่ายในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สำรวจข้อมูลภาคสนาม ใช้วิธีการสุ่มแบบ สะดวก (Convenience Sampling Method) โดยสุ่ม เก็บตัวอย่าง ผัก 5 ชนิด ได้แก่ กระเพรา ผักชี ผักบุ้ง ผักกาดขาว และ พริกแดง เนื่องจากผักทั้ง 5 ชนิดเป็น ผักที่ผู้บริโภคนิยมรับประทาน จำนวนรวม 210 ตัวอย่าง จากร้านจำหน่ายผักสดในตลาดสด และจาก ห้างสรรพสินค้า เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2564 เก็บตัวอย่างสัปดาห์ละ 21 ตัวอย่าง/ ชนิด จากร้านค้าที่แตกต่างกันในพื้นที่ตลาดเดียวกัน ดังนี้

ชนิดตัวอย่าง	กระเพรา	ผักชี	ผักบุ้ง	ผักกาดขาว	พริกแดง
ตลาดสด	35	35	35	35	35
ห้างสรรพสินค้า	7	7	7	7	7
รวม	42	42	42	42	42

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

ในการวิจัยนี้ เป็นการตรวจสอบยาฆ่าแมลง กลุ่มยับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสโดยใช้หลักการ Colorimetric Cholinesterase Inhibitor Assay ด้วยชุดทดสอบ เอ็ม เจ พี เค ของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยปริมาณต่ำสุดในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ของชุดทดสอบเท่ากับ ร้อยละ 15 จัดว่า

ไม่ปลอดภัย เป็นปริมาณที่ทำให้ร่างกายเกิดอาการ พิษเล็กน้อย จัดว่าไม่ปลอดภัย ชุดทดสอบนี้เป็นชุดทดสอบที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์คิดขึ้นมา เพื่อที่จะสามารถตรวจกำจัดศัตรูพืชกลุ่มยับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในผัก ผลไม้ ให้ผลการทดสอบได้ภายใน 30 นาที²¹ โดยมีขั้นตอนการทดลองดังนี้²¹

ขั้นตอนการทดสอบ

ขั้นตอนการทดสอบออร์กาโนฟอสเฟส และคาร์บาเมตในผักผลไม้ ด้วยชุดทดสอบ เอ็มเจพีเค (ภาพที่ 1)



การแปลผล

วิเคราะห์ผลการทดสอบจากสีที่เกิดขึ้นในหลอดแก้วทดลอง คือ ดูอัตราการเปลี่ยนสีระหว่างหลอดควบคุม ถ้าหลอดตัวอย่างเปลี่ยนสีช้ากว่าหลอดควบคุม แสดงว่ามียาฆ่าแมลง โดยถ้าสีของ

สารละลายมีสีส้มเข้มคล้ายหลอดควบคุม สามารถแปลผลได้ว่า ปลอดภัย ถ้าสีของสารละลายมีสีปนชมพูสามารถแปลผลได้ว่า ไม่ปลอดภัย (ถูกยับยั้ง 15%) และถ้าสีของสารละลายมีสีชมพูสามารถแปลผลได้ว่า ไม่ปลอดภัยมาก¹⁵ (ภาพที่ 2)



อุปกรณ์ และสารเคมีในการทดลอง

1) ขวดพลาสติก (ขวดสก็ด)	10 ขวด
2) หลอดทดสอบชนิดแก้ว	10 หลอด
3) หลอดทดสอบชนิดพลาสติก	10 หลอด
4) หลอดหยดขนาด 3 cc.	4 หลอด
5) หลอดควบคุม	1 อัน
6) ถังมือ	2 คู่
7) น้ำยาสก็ด	1 ขวด
8) น้ำกลั่น	1 ขวด
9) น้ำยาทดสอบ 1	1 ขวด
10) น้ำยาทดสอบ 2	1 ขวด
11) น้ำยาทดสอบ 3	1 ขวด

ผลการศึกษา

ผลการทดสอบตัวอย่างผักสดจำนวน 210 ตัวอย่าง ผลการตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับปลอดภัย 167 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 79.60 และระดับไม่ปลอดภัย 43 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20.50 เมื่อจำแนกตามแหล่งที่ซื้อ พบว่า ผักจากห้างสรรพสินค้าทั้งหมด 36 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้างระดับปลอดภัยจำนวน 26 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 72.20 และระดับไม่ปลอดภัย 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 27.80 ส่วนตัวอย่างผักที่ซื้อจากตลาดสดจำนวนทั้งหมด 174 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับปลอดภัย 141 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 81.00 และ ระดับไม่ปลอดภัย 33 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 19.00 (ตารางที่ 1)

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการศึกษาในเดือน พฤศจิกายน 2564

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของตัวอย่างผักที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้าง กลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟต และคาร์บาเมตในผัก จำแนกตามความปลอดภัยและไม่ปลอดภัยของการตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้างในผักตามแหล่งที่ซื้อ (n=210)

ผลการตรวจพบสารเคมี กำจัดศัตรูพืชตกค้างในระดับ	ผักจากห้างสรรพสินค้า n (%)	ผักจากตลาดสด n (%)	จำนวนตัวอย่าง n (%)
ปลอดภัย	26 (72.2)	141 (81.0)	167 (79.5)
ไม่ปลอดภัย	10 (27.8)	33 (19.0)	43 (20.5)
รวม	36 (100)	174 (100)	210 (100)

ผลการวิเคราะห์สารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟต และคาร์บาเมต ตกค้างในตัวอย่างผักจาก 43 ตัวอย่างผักที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับไม่ปลอดภัย เมื่อจำแนกรายประเภทของผัก พบว่า กระเพรา 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.80 แบ่งเป็นจากตลาดสด 8 ตัวอย่างและจากห้างสรรพสินค้า 2 ตัวอย่าง ผักชี จำนวน 15 ตัวอย่าง

คิดเป็นร้อยละ 35.71 แบ่งเป็น ผักจากตลาดสด 10 ตัวอย่าง และจากห้าง 5 ตัวอย่าง ผักบุ้ง 3 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 7.14 เป็นตัวอย่างจากตลาดทั้งหมด ผักกาดขาว 9 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 21.43 เป็นตัวอย่างจากตลาดสดทั้งหมด และพริกแดง 6 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.29 เป็นตัวอย่างจากตลาดสด 3 ตัวอย่าง และจากห้างสรรพสินค้า 3 ตัวอย่าง (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผักตัวอย่าง ที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต จำแนกตามชนิดของผัก และแหล่งที่ซื้อ (n=210)

ชนิดของผัก	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจพบ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในระดับไม่ ปลอดภัย		
		ตัวอย่างจาก ห้างสรรพสินค้า	ตัวอย่างจาก ตลาดสด	(n) %
กระเพรา	42	2	8	10 (23.80)
ผักชี	42	5	10	15 (35.71)
ผักบุ้ง	42	0	3	3 (7.14)
ผักกาดขาว	42	0	9	9 (21.43)
พริกแดง	42	3	3	6 (14.29)
รวม	210	10	33	43 (100)

สรุปและอภิปรายผล

จากการตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตตกค้างในตัวอย่างผักที่ซื้อจากตลาดสด และห้างสรรพสินค้าจำนวน 210 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 43 ตัวอย่าง (ร้อยละ 20.5) แบ่งเป็นตัวอย่างผักที่ซื้อจากห้างสรรพสินค้าจำนวน 10 ตัวอย่าง และตลาดสด 33 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.26 และ 76.74 ของผักที่มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับไม่ปลอดภัย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายชนิดของผักพบว่า ร้อยละ 35.71 (n=15) ของผักชี มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ในระดับไม่ปลอดภัย เป็นตัวอย่างผักจากตลาดสด 10 ตัวอย่างและจากห้างสรรพสินค้า 5 ตัวอย่าง พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง รองลงมา ในกระเพรา ร้อยละ 23.81 (n=10) เป็นผักจากตลาดสด 8 ตัวอย่าง และผักจากห้างสรรพสินค้า 2 ตัวอย่าง พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักกาดขาว ร้อยละ 21.43 (n=9) ทั้งหมดเป็นผักจากตลาดสด 9 ตัวอย่าง พริกแดง ร้อยละ 14.29 (n=6) เป็นผักจากตลาดสดและ

จากห้างสรรพสินค้าอย่างละ 3 ตัวอย่าง และผักบุ้ง ร้อยละ 7.14 (n=3) เป็นผักจากตลาดสดทั้ง 3 ตัวอย่าง

ผลการศึกษารั้วนี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาในช่วงปี 2559 – 2563 ภายใต้โครงการบูรณาการอาหารปลอดภัย¹⁶ ได้ทำการสำรวจสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ ประจำปีงบประมาณ 2563 ตรวจสอบสารตกค้างไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 52.8 จากการตรวจสอบสารเคมีตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักสด ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2563)⁵ ตรวจพบสารเคมีตกค้าง ร้อยละ 46 จากตัวอย่างที่ตรวจทั้งหมด 150 ตัวอย่าง ผักที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างระดับไม่ปลอดภัยมากที่สุด คือ ตะไคร้ ผักหวาน และผักชี รองลงมาคือ คื่นช่าย ใบมะกรูด และถั่วพู เครือข่ายเตือนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (THAIPAN)¹⁷ เผยผลการตรวจผักและผลไม้ประจำปี 2562 จากตัวอย่างผักและผลไม้ทั้งหมดจำนวน 286 ตัวอย่างผัก 15 ชนิด และผลไม้ 12 ชนิด จากห้างค้าปลีก และตลาดสด ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น ยโสธร สะแกว่ จันทบุรี ราชบุรี และ สงขลา ตรวจพบตัวอย่างผักผลไม้มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน

ร้อยละ 41 ผักที่พบสารพิษตกค้างเกินค่ามาตรฐานมากที่สุดคือผักกวางตุ้ง คะน้า กระเพรา ผักชี พริก กะหล่ำดอก ผักชี ส่วนผลไม้ที่พบการตกค้างมากที่สุด คือ ส้ม ชมพู่ ฝรั่ง องุ่น ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม (2559)³ มีการศึกษาความชุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาด และห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผักตัวอย่างมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย 31 ตัวอย่าง (ร้อยละ 16.0) ผักที่พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับไม่ปลอดภัยสูงสุดคือ พริกแดง และกระเพรา ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ (2559)²² มีการตรวจสอบสารเคมีตกค้างของสารกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผัก ตรวจพบสารเคมีตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 86.22 จากทั้งหมด 225 ตัวอย่าง แตงกวา และมะเขือเปราะมีการตรวจพบสารเคมีตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัยมากที่สุด

ผลการศึกษครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการตรวจหาฆ่าแมลงตกค้างในผักจากตลาดในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดย จิราพร ใจเกลี้ยง และคณะ (2555)²³ ตรวจพบสารเคมีกำจัดแมลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย 177 ตัวอย่าง (ร้อยละ 89.4 ของตัวอย่างผักทั้งหมด) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เกษตรกรในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ระดับดี²⁴ ในขณะที่เกษตรกรต่างพื้นที่ มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่เหมาะสม²⁵⁻²⁶ ทำให้เกิดการตกค้างในผักผลไม้ และเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย¹

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นได้ว่าปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ที่ตรวจพบในหลายพื้นที่ ไม่ได้ลดน้อยลงจากปีที่ผ่านมาเลย เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่การใช้สารเคมีในการเกษตร สอดคล้องกับจากการศึกษา ของสิทธิชัย ใจขาน และคณะ²⁷ พบว่าตัวอย่างเกษตรกรทำนาใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 93 รองลงมาคือใช้สารป้องกันและกำจัดแมลงศัตรูพืช

ร้อยละ 74.10 และใช้สารป้องกันและกำจัดโรคพืชร้อยละ 53.80 การตรวจพบสารเคมีตกค้างในผัก เกิดจากการใช้สารเคมีไม่อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ผ่านมา พบว่าปัญหาสารเคมีตกค้างไม่ได้ลดลงเลย เนื่องจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่เหมาะสม ไม่เว้นระยะก่อนเก็บเกี่ยวเพื่อให้สารเคมีสลายตัวทัน² เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และด้วยลักษณะของพืชแต่ละประเภท ที่ปลูกได้ตลอดปี มีศัตรูพืชเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตลอดการเพาะปลูก ในบางพื้นที่ที่ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างระดับอันตรายเป็นจำนวนน้อย²³ อาจเป็นเพราะเกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ²⁴ ที่พบว่าเกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ระดับดี

ผู้บริโภคควรตระหนักถึงสถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผัก เพื่อจะได้เลือกซื้ออาหารปลอดภัย และ หรือ มีการรับมือกับการกำจัดสารเคมีที่ตกค้างในผัก ก่อนนำมาปรุงอาหารอย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงการได้รับสารเคมีตกค้างในอาหาร ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว

สรุปผล

จากการตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในตัวอย่างผักจากตลาดสด และห้างสรรพสินค้าจำนวน 210 ตัวอย่าง ตรวจพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 43 ตัวอย่าง (ร้อยละ 20.5) แบ่งเป็นตัวอย่างผักที่ซื้อจากห้างสรรพสินค้าจำนวน 10 ตัวอย่าง และตลาดสด 33 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.26 และ 76.74 ของผักที่มีสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างระดับไม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัญหาการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตที่ยังคงมีอยู่ แม้มีการตรวจสอบยาฆ่าแมลงตกค้างในผักและผลไม้จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างต่อเนื่อง ก็ยังพบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักในระดับอันตรายอยู่ เนื่องจากการใช้สารเคมีฆ่าแมลงอย่างแพร่หลายในเกษตรกรผู้ปลูกผักและมีอันตรายอย่างมากต่อผู้บริโภค การแก้ปัญหาเรื่องสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผักแบ่งออกเป็นระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่น ผู้บริโภค ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบทางตรงต่อสุขภาพ หากได้รับสารพิษตกค้างจากการบริโภคผักเหล่านี้ เกษตรกร ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเคมีในการปลูกผัก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักอย่างต่อเนื่อง และในระดับนโยบายกำกับดูแลความปลอดภัยในอาหาร

สำหรับระยะสั้น ผู้บริโภคควรตระหนักถึงอันตรายจากสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างในผัก ควรรู้วิธีการล้างผักให้สะอาดอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันสารเคมีตกค้างหรือการปนเปื้อนจุลินทรีย์ ทำโดยแช่ผักในน้ำนาน 15 นาที จากนั้นเปิดน้ำไหลผ่าน และคลี่ใบผักดูไปนาน 2 นาที หรือแช่ในสารละลายน้ำส้มสายชู ความเข้มข้นร้อยละ 50 ในอัตราส่วนน้ำส้มสายชู 1 ช้อนโต๊ะต่อน้ำ 4 ลิตร แช่นาน 15 นาที จากนั้นล้างผักด้วยน้ำสะอาดหรือใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต (เบกกิ้งโซดา) ครึ่งช้อนโต๊ะผสมกับน้ำ 10 ลิตรแช่ทิ้งไว้ 15 นาที จากนั้นจึงล้างด้วยน้ำสะอาด²⁸ ผ่านการให้ความรู้หรือสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้เกษตรกรขอความร่วมมือในการใช้สารเคมีฆ่าแมลงให้ถูกต้อง เพื่อลดการตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผัก (Best Practice from Other Sources) สำหรับระยะยาวควรมีมาตรการที่เคร่งครัดและเป็นระบบในการควบคุมการใช้สารเคมีฆ่าแมลงอย่างถูกต้อง การสุ่มตรวจให้ครอบคลุมทั้งจากฟาร์มที่ปลูก ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า

มีกลไกในการควบคุมปริมาณการใช้สารเคมีฆ่าแมลงและควบคุมคุณภาพ รวมทั้งการบังคับใช้มาตรการต่างๆ อย่างครอบคลุมและบทลงโทษที่เข้มงวด หากแบ่งการรับมือกับปัญหาสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างเป็นมิติ มิติที่หนึ่งเป็นนโยบายและเป้าหมายในการจัดการกับความปลอดภัยในอาหารโดยองค์รวมที่ชัดเจนและครอบคลุม²⁹ รณชัย โตสมภาค และคณะ³⁰ ได้นำเสนอแนวทางในการควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ประกอบการภาคเกษตรกรรมและผู้บริโภค มิติที่สอง มิติของเกษตรกรผู้ขายฆ่าแมลง นอกเหนือจากการให้ความรู้ในการใช้สารเคมีฆ่าแมลงที่ถูกต้องแล้วเกษตรกรผู้เจ้าของสวนการเกษตรควรมี Accountability รับผิดชอบการใช้สารเคมีในการปลูกผักจากสวนการเกษตรของตนเอง³⁰ มีวิธีในการตรวจเพื่อให้ทราบแหล่งที่มาของผัก ปริมาณสารพิษตกค้างและมีบทลงโทษ หากทำผิด มีการรวมกลุ่มของเกษตรกรในการส่งเสริมแบ่งปันความรู้ มิติที่สาม มิติของผู้ขาย ผู้รับผักมาขายให้ผู้บริโภคควรให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ขายมีวิธีการการคัดเลือกผักมาขายจากแหล่งที่ปลอดสารเคมีฆ่าแมลงตกค้าง เช่น เลือกซื้อจากสวนการเกษตรหรือผู้ขายที่ได้รับการรับรองผักปลอดภัยเป็นต้น ในมิติที่สี่ มิติผู้บริโภค ควรส่งเสริมให้ผู้บริโภคตระหนักถึงอันตรายจากยาฆ่าแมลงตกค้างจากการบริโภคผักและผลไม้ การล้างผักให้สะอาดก่อนบริโภคเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดปริมาณการตกค้างของยาฆ่าแมลงได้ ให้ความรู้ในการล้างผักให้สะอาด

เอกสารอ้างอิง

1. นัสพงษ์ กลิ่นจำปา และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลป่าไม้งาม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการ สคร; 2562 : 25(2), 26-34. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/download/187344/147456/>

2. เพ็ญนภา กาญจนมั่งคั่งดี เวณิกา เบ็ญจพงษ์ นริศรา ม่วงศรีจันทร์ และวีรยา การพานิช. ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่เหมาะสมในการเพาะปลูกผักคะน้า. วารสารพิษวิทยาไทย 2553; 25(2), 133 -143. เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/ThaiJToxicol/article/download/243991/166593>
3. ธนพงศ์ ภูผาลี, อรณัฐ วงศ์วัฒนาเสถียร, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล และมาลี สุปันดี. 2559. ความชุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย; 2559: 8(2), 399-409.
4. สุธาสนี อึ้งสูงเนิน. 2558. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2558: 9(1), 50-54
5. วิจิตรา เหลียวตระกูล, วชิรญา เหลียวตระกูล, ปรียานุช เพียนเลี้ยงชีพ และรวีวรรณ เตื่อมั่นมณี. 2563. การตรวจสอบสารเคมีตกค้างกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักสด ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและประสิทธิภาพในการล้างผักต่อสารเคมีตกค้างในผักคะน้า. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า; 2563: 38 (1), 131 - 138.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/content/s/view/106>
7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/content/s/view/72>
8. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.). 2565. สารกำจัดวัชพืชที่มีปริมาณการนำเข้าสูง. [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://data.go.th/dataset/importtherbi-cidevol?id=66e4ce3f-e3e7-4a8c-b188-2240db9129f8&is_fullscreen=1
9. สุธาสนี อึ้งสูงเนิน. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2558: 9(1), 50-63. เข้าถึงได้จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/download/31481/35246/98450>
10. Thays Millena Alves Pedroso, Marcelino Benvindo-Souza, Felipe de Araújo Nascimento and et al. Cancer and occupational exposure to pesticides: a bibliometric study of the past 10 years. Environmental Science and Pollution Research; 2022: 29,17464–17475. Available from <https://link.springer.com/article/10.1007/s11356-021-17031-2>
11. ScienceDaily. Common household Pesticides Linked To Childhood Cancer Cases In Washington Area. [Cited on 29 June 2022]. Available from

- <https://www.sciencedaily.com/release/s/2009/07/090728102306.htm>
12. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวสารมะเร็งเชิงรุก. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nci.go.th/en/Knowledge/download/8.pdf>
 13. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 393 (พ.ศ. 2561) เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DAT/A/PDF/2561/E/264/T_0010.PDF
 14. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 393 (พ.ศ. 2561) เรื่องอาหารที่มีสารพิษตกค้าง (ฉบับที่2). [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://food.fda.moph.go.th/law/data/annfda/No.393.pdf>
 15. ราชกิจจานุเบกษา. ประการกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 387 พ.ศ. 2560 เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://food.fda.moph.go.th/law/data/announ_moph/P387.PDF
 16. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการบูรณาการอาหารปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ 2563. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://bqsf.dmsc.moph.go.th/bqsfWeb/wp-content/uploads/2021/09/Food-safety-report-63.pdf>
 17. THAIPAN. ผลการตรวจสอบสารพิษตกค้างผักผลไม้ 2562. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaipan.org/action/1107>
 18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ ภาคและจังหวัด พ.ศ. 2555 – 2564. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://statbbi.nso.go.th/staticreport/Page/sector/TH/report/sector_01_11102_TH_.xlsx
 19. ศูนย์ข้อมูลเศรษฐกิจการค้าและการลงทุนของกรุงเทพมหานคร. ข้อมูลพื้นฐานการเกษตรและจำนวนเกษตรกรปี2562. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://203.155.220.117:8080/BMAWWW/upload/module_cms/title_cms/file_ff1090ef5b40e085b6fb538ee1ae5828.pdf
 20. ประชาชาติธุรกิจ. ตลาดสี่มุมเมือง ย้ำเบอร์ 1 “อาคารรถผัก” ใหญ่และทันสมัยที่สุดในไทย. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.prachachat.net/public-relations/news-479128>
 21. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้ชุดทดสอบอาหาร. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://bqsf.dmsc.moph.go.th/bqsfWeb/wp-content/uploads/2017/Publish/e-book/foodsafetymanualfulltext.pdf>
 22. พัชรีย์ ภคกษมา สุวรรณิ์ สายสิน และศรมน สุทิน. การตรวจสอบสารเคมีฆ่าแมลงตกค้างของสารกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในผักในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาแห่ง

- ประเทศไทย; 2559: 5(1), 22-30. เข้าถึงได้จาก : <https://apheit.bu.ac.th/journal/science-22-1/03patcharee.pdf>
23. จิราพร ไจเกลี้ยง, ศิริพร จันทรมณี และ อรรถพร หนูแก้ว. การตรวจหายาฆ่าแมลงตกค้างในผักจากตลาดในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 50; 2555, 263-271. เข้าถึงได้จาก https://kukr.lib.ku.ac.th/db/kukr/search_detail/download_digital_file/13009/87757
 24. มัตติกา ยงประเดิม, มุจลินท์ อินทรเหมือน, ศิริพร ต่านคาธาร และ จิตตาภรณ์ มงคลแก่นทราย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 2562; 28(6), 699-973. เข้าถึงได้จาก <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/8324/7654/11703>
 25. ธิดา เวียงปฏี และ อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลหนองสาหร่าย อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562: 7(4), 547-562. เข้าถึงได้จาก <https://chd.kku.ac.th/images/chd/2562/vol4/2562-4-03.pdf>
 26. อนุวัฒน์ เพ็งพูน และพุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างโดยการตรวจระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกรตำบลสงเปลือย อำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562: 10(1), 47-62. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/119536/91398>
 27. สิทธิชัย ใจขาน, สุภาณี จันทศิริ และอดิเทพ บาตรสุวรรณ. ผลกระทบสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรชาวนาบ้านเตย ตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2562; 21(3), 181-193. เข้าถึงได้จาก https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/download/95475/159723/787887
 28. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). กรมอนามัยแนะ ล้างผักให้สะอาด ลดเสี่ยงยาฆ่าแมลง. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/43597-กรมอนามัยแนะ%20ล้างผักให้สะอาด%20ลดเสี่ยงยาฆ่าแมลง%20.html>
 29. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://food.fda.moph.go.th/ltgfdapv/data/Strategy.pdf>
 30. รณชัย โตสมภาค. ผลกระทบของสารเคมีการเกษตรต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภค : แนวทางในการควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ประกอบการภาคเกษตรกรรมและผู้บริโภค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=29268

Received: 7 Jun 2022, Revised: 26 Jun 2022

Accepted: 30 Jun 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน
ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราชบุญประจักษ์ จันทรวิน^{1*}

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของโลกและประเทศไทย พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง หรือพื้นที่ชุมชนที่หนาแน่น การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม จะต้องมึมุมมองในหลายมิติ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว นอกจากความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และค่านิยมแล้ว การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2564 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean=4.05, SD=0.38) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.39, 3.30, 3.04 และ 3.63; SD= 0.25, 0.30, 0.47 และ 0.37) พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.26, SD=0.31) ความสัมพันธ์การรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.462$, $p < 0.01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.287$, 0.342 และ 0.306 ; $p < 0.01$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r = 0.117$, $p < 0.05$)

สรุปผลการวิจัย การรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและให้ส่งเสริมให้ประชาชนเป็นแกนนำในชุมชนร่วมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: การรับรู้, พฤติกรรมป้องกัน, โรคไข้เลือดออก, อำเภอที่มีอัตราป่วยสูง

¹วิทยากร ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: boonprajak2518@gmail.com

Original Article

Relationship between Perception and Prevention Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever Among People in the Districts with High-morbidity Rate, Nakhon Si Thammarat Province.

Boonprajuk Junwin^{1*}**Abstract**

Haemorrhagic fever is the vital cause of a lot of illness and mortality worldwide, including in Thailand. The high-risk areas are primarily urban or crowded areas. The health promotion operation, which needs to change the behaviour, the environment and society, must have a variety of dimensions. Aside from knowledge, attitudes, beliefs, and value, the perception of related factors about haemorrhagic fever and changing behaviour influences rapid change of behaviour. This cross-sectional descriptive study aimed to study the perception of disease, prevention behaviour of dengue haemorrhagic fever and the related factors among people in the districts with a high morbidity rate, Nakhon Si Thammarat Province. Three hundred ten purposive samples were recruited to participate. Data collection was conducted from June to July 2021 by questionnaires. The statistics used descriptive statistics and analytical statistics with Pearson correlation coefficient analysis.

The findings revealed that the perception of benefit was at a good level (Mean=4.05, SD=0.38). while the perception of risk, severity, obstacle level (Mean=3.39, 3.30, 3.04 and 3.63; SD=0.25, 0.30, 0.47 and 0.37), and self-efficacy was at a middle (Mean=3.26, SD=0.31). Regarding the relationship between their perception and the prevention behaviour of Dengue Hemorrhagic Fever illustrated, the perception of self-efficacy in prevention behaviour was at an intermediate level ($r=0.462$, $p < 0.01$) while the perception of obstacles, benefits, and risk was at low levels ($r=0.342$, 0.306 , and 0.287 , $p < 0.01$). The perception of severity was at a low level ($r=0.117$, $p < 0.05$).

These research results suggest that all dimensions of perception about Dengue Hemorrhagic Fever are related to prevention behaviour, especially the perception of self-efficacy. As a result, the responsive organisation will play an essential role in motivating people to engage in dengue prevention behaviours and promoting community leaders in the prevention campaign.

Keyword: Perception, Prevention behavior, Dengue hemorrhagic fever,
Districts with High-morbidity Rate

¹Instructor, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat

*Corresponding author: boonprajuk2518@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อเขตร้อนที่มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้ ยังเป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญอีกด้วย พื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมือง หรือพื้นที่ชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น และโรคไข้เลือดออกได้มีการกระจายสู่พื้นที่ชนบท เป็นเพราะว่าการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็วขึ้น รวมถึงไปถึงมีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรด้วย สำหรับประเทศไทยได้ประสบกับปัญหาโรคไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 40 ปี ถึงแม้ว่ารัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข จะพยายามเร่งดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมาโดยตลอด ซึ่งการเกิดโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันมีรูปแบบ มีการระบาดที่ไม่แน่นอน โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีทั้งการระบาดแบบปีเว้นปี ปีเว้นสองปี หรือปีเว้นสามปี โดยในปีพ.ศ. 2563 มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง จากปีพ.ศ. 2562 ร้อยละ 38 รวมทั้งสัดส่วนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกีเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดย DENV-2 ที่เป็นชนิดเด่นเริ่มลดลง ดังนั้น จึงมีโอกาสที่ DENV-3 และ DENV-4 จะเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการระบาดได้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่อาจไม่มีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์ดังกล่าว ในปีต่อไปจึงมีโอกาสเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นได้¹

ในปี 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จนถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2563 สะสมรวม 70,429 ราย อัตราป่วย 106.23 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 50 ราย² สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 11 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 2,477 ราย อัตราป่วย 55.19 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย เท่ากับ 0.02 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.04 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ พังงา (131.09) รองลงมาคือ ระนอง (77.35) นครศรีธรรมราช (58.29) ชุมพร (58.11) กระบี่ (46.92) ภูเก็ต

(43.06) และสุราษฎร์ธานี (34.53) ตามลำดับ ทั้งนี้ สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกพบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อำเภอนบพิตำ พิษณุ เมืองนครศรีธรรมราช บางขัน และพระพรหม (อัตราป่วยเท่ากับ 193.51, 112.91, 97.30, 74.60 และ 71.12 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ ซึ่งการกระจายของโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นไปตามฤดูกาล คือ พบผู้ป่วยในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนมิถุนายนถึง กันยายนของทุกปี และมักพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคมของทุกปี³

แนวคิดของ Green และ Kreuter⁴ กล่าวว่าไว้ว่าพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนสุขภาพ โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพว่าสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม จะต้องมียุทธศาสตร์ในหลายมิติ ในส่วน PRECEDE MODEL เป็นค้นหาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเพื่อลดความเจ็บป่วย โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยในขั้นตอนที่ 4 ของ PRECEDE-PROCEED อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว นอกจากความรู้ ที่ศรัทธา ความเชื่อ และค่านิยมแล้ว การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แม้ว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช จะมีนโยบายและดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แต่ก็ยังพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ที่ผ่านมา พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ปี พ.ศ. 2556 (691.12) และ

ต่ำสุดในปี พ.ศ. 2559 (49.46) และพบว่าอัตราป่วยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มคงที่ทุกจังหวัดยกเว้นจังหวัดพังงา³ ดังนั้น การเสริมสร้างพฤติกรรมโดยนำแนวคิดด้านสุขภาพโดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานวางแผนป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง ได้แก่ อำเภอนบพิตำ พิกุล เมือง นครศรีธรรมราช บางขัน และพระพรหม และเนื่องจากพื้นที่ที่ศึกษาเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถที่จะนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปประกอบกาพิจารณาวางแผนดำเนินการ เพื่อส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับปัญหาวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

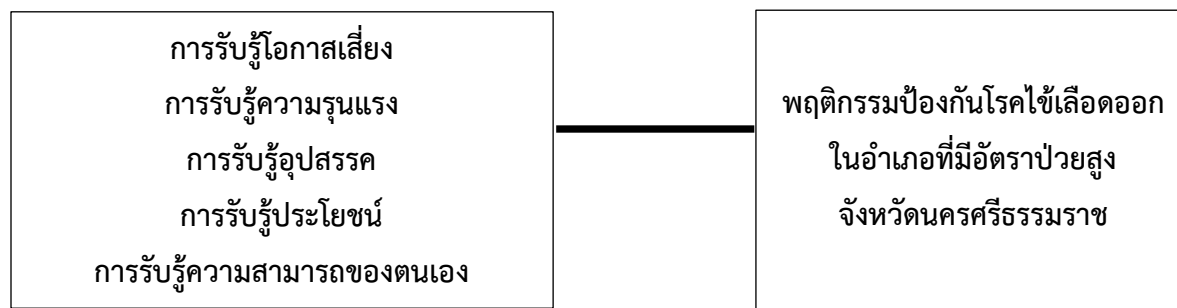
1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ในระยะที่ 4 ซึ่งอธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2564 ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอนบพิตำ พิปูน เมืองนครศรีธรรมราช บางขัน และพระพรหม จำนวน 1,577 หลังคาเรือน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีทราบประชากรของปัญญพัฒน์ ไชยเมล์⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่น (confidence level; Z เท่ากับ 1.96) กำหนดระดับของความแปรปรวน (degree of variability; σ) อ้างอิงจากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหมู่บ้านที่มีการระบาดตำบลบ่อผุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง⁶ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.13 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 และกำหนดระดับความแม่นยำ (Precision level; e หรือ d) หรือความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 1.61 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 258 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 310 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำรายชื่ออำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอนบพิตำ พิปูน เมือง บางขัน และพระพรหม
2. นำรายชื่อตำบลของทั้ง 5 อำเภอ มาสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบลาก เพื่อให้ได้อำเภอละ 1 ตำบล จากนั้นสุ่มตัวอย่างหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน จากตำบลที่หยิบลากได้ข้างต้น
3. เมื่อได้หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จึงนำไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง และทำการคำนวณหาระยะห่างของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ N/n ของสำเริง จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน⁷ ได้ระยะห่าง เท่ากับ 4
4. จากนั้นนำบ้านเลขที่ของหมู่บ้านที่สุ่มได้ มาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรกของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นนับวนไปตามรอบ จนครบตามจำนวน 310 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วย รายได้ และสถานภาพทางสังคม

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งหมด 50 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best⁸ (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการรับรู้ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00), ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best⁸ จัดเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00), ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย สถิติ และพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน โดยได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of item-objective congruence: IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal

consistency Reliability) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ส่งหนังสือทางไปรษณีย์เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ติดตามแบบสอบถาม

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยอ่านแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. ภายหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม การรับรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจาย

ของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดย Bartz⁹ ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$), ความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.60 - 0.79$), ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$), ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่จริยธรรม Exc02/2564

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.90) มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 20.98) (Mean=45.09, SD=9.91) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.16) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.91) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.68) อาศัยอยู่ในชุมชนที่อาศัยระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 23.23) ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 86.45) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 30.33) (Mean=18,429.30, SD=18,032.82) และมีความรู้ในชุมชน คือ ประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 54.19)

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean= 4.05, SD= 0.38) ส่วนการรับรู้ด้านอื่นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Mean= 3.39, SD= 0.25), การรับรู้ความรู้แรง (Mean= 3.30, SD= 0.30), การรับรู้อุปสรรค (Mean= 3.04, SD= 0.47) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean= 3.63, SD= 0.37) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำแนกเป็นรายด้าน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และ 2 อันดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด

การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.39	0.25	ปานกลาง
1. บ้านที่มีภาชนะที่มีน้ำขังและไม่มีฝาปิดจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำโรคไข้เลือดออกได้	4.33	0.78	ดี
2. โรคไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้ ถ้าหากคนในชุมชนไม่ป้องกันควบคุมยุงลายนำโรค	4.29	0.65	ดี
3. การพ่นหมอกควันเป็นวิธีที่กำจัดวงจรของยุงลายที่ดี แต่ได้ผลเพียงระยะสั้น หากมีลูกน้ำก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออก	4.15	0.62	ดี
9. ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะมีภูมิคุ้มกัน และจะไม่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอีก	3.05	0.87	ปานกลาง
10. คนที่ถูกยุงกัดในตอนกลางวันจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าคนที่ถูกยุงกัดตอนกลางคืน	2.00	0.85	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรง	3.30	0.30	ปานกลาง
1. ทุกคนมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นโรคไข้เลือดออกได้ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา	4.45	0.57	ดี
2. อันตรายที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก คือ ภาวะช็อค ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้	4.31	0.63	ดี
3. เมื่อเด็กเป็นโรคไข้เลือดออกจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต	4.17	0.79	ดี
9. หากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีอาการเลือดออกตามร่างกายหรือเป็นจุดแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรง	2.13	0.67	ต่ำ
10. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะมีไข้สูง	2.03	0.83	ต่ำ

การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้อุปสรรค	3.04	0.47	ปานกลาง
1. การป้องกันโรคไข้เลือดออกจะต้องได้รับความร่วมมือในการ	4.32	0.72	ดี
ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำแนกเป็นรายด้าน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และ 2 อันดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด (ต่อ)			
การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
กำจัดลูกน้ำยุงลายจากทุกคนในชุมชน			
2. การเลี้ยงปลาหางนกยูงในอ่างบัวจะช่วยลดจำนวนลูกน้ำยุงลายได้	3.98	0.79	ดี
3. การขัดล้างภาชนะใส่น้ำใช้ภายในบ้านทุกสัปดาห์เป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์	3.53	1.13	ปานกลาง
9. เมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ รพ. สด. จะต้องพ่นหมอกควันทุกครั้ง	1.76	0.76	ต่ำ
10. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้	1.73	0.62	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์	4.05	0.38	ดี
1. เมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไข้เลือดออก ท่านจะแจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก	4.37	0.59	ดี
2. ทุกครัวเรือนควรช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลายจึงจะป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	4.25	0.58	ดี
3. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้	4.22	0.58	ดี
9. การทำความสะอาดถังขยะที่ใช้ภายในบ้านทำให้ป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้	3.79	0.91	ดี
10. การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	3.75	0.82	ดี

การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.63	0.37	ปานกลาง
1. การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านของท่านสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	4.11	0.62	ดี
2. ท่านจะทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้วทันทีหากพบว่ามีลูกน้ำในภาชนะนั้นเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	4.08	0.74	ดี
3. การแนะนำให้ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงละแวกใกล้บ้านของท่านสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	4.05	0.61	ดี
9. ท่านไม่สามารถที่จะร่วมรณรงค์กับชุมชนในการป้องกันโรค	2.94	0.97	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำแนกเป็นรายด้าน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และ 2 อันดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด (ต่อ)

การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
ใช้เลือดออกได้			
10. ท่านไม่สามารถที่จะชักชวนเพื่อนบ้านให้ดูแลความสะอาดบ้านเพื่อไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้าน	2.77	1.04	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.26, SD=0.31) ซึ่งข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ได้จัดข้าวของภายในบ้านและรอบ ๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Mean=4.14, SD=0.71), ได้สำรวจภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Mean=3.97, SD=0.74) และสมาชิกในบ้าน

มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำภาชนะที่มีน้ำขัง หรือใส่ทรายกำจัดลูกน้ำเกลือก ผงซักฟอก (Mean=3.93, SD=0.93) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2 อันดับ คือ ปิดบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงเข้าบ้านทั้งกลางวันและกลางคืน (Mean=2.59, SD=1.02) และได้เปิดฝาภาชนะเก็บน้ำในบ้าน เพราะท่านใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้ (Mean=2.22, SD=0.93) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในภาพรวม และแยกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านได้สำรวจภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน	3.97	0.74	ดี
2. ท่านได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในที่ประชุมของชุมชน	3.20	1.11	ปานกลาง
3. สมาชิกในครัวเรือนใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด และนอนในมุ้ง หรือใช้ยาทากันยุงเมื่อนอนในเวลากลางวันเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัด	3.81	0.85	ดี
4. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน	3.25	0.97	ปานกลาง
5. ท่านหรือสมาชิกในบ้านมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำภาชนะที่มีน้ำขัง หรือใส่ทราย กำจัดลูกน้ำ เกลือ ผงซักฟอก	3.93	0.93	ดี
6. ท่านกำจัดขยะโดยการเผา เพื่อให้ควันไฟไล่ยุง	3.37	1.15	ปานกลาง
7. ท่านจะไม่ได้ใช้โลชั่นกันยุง หรือสมุนไพรป้องกันยุงกัดทาทัว เวลาที่ท่าน ออกจากบ้าน	2.92	1.17	ปานกลาง
8. ท่านจะฉีดสเปรย์ไล่ยุงด้วยตนเอง โดยไม่ต้องร้องขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาฉีดสารเคมีเพื่อไล่ยุง	3.23	1.05	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในภาพรวม และแยกเป็นรายข้อ (ต่อ)

9. ท่านจัดข้าวของภายในบ้านและรอบๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รก รุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	4.14	0.71	ดี
10. ท่านได้นำความรู้ที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. ไปปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง	3.58	0.90	ปานกลาง
11. ท่านแขวนเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนังห้องหรือมุมของบ้าน	2.55	0.99	ปานกลาง
12. ท่านจะกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้แล้ว เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ระบาดของโรคไข้เลือดออกจากบุคคลในบ้านหรือเพื่อนบ้าน	3.78	0.65	ดี

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	ระดับ
13. ท่านกระตุ้นหรือเตือนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกเฉพาะช่วงระบาดกับสมาชิกในบ้านและเพื่อนบ้าน	2.31	0.88	ต้องปรับปรุง
14. ท่านเปิดฝาภาชนะเก็บน้ำในบ้าน เพราะท่านใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้	2.22	0.93	ต้องปรับปรุง
15. ท่านปิดบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงเข้าบ้านทั้งกลางวันและกลางคืน	2.59	1.02	ปานกลาง
ภาพรวม	3.26	0.31	ปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	p- value	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.287	< 0.01**	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรง	0.117	0.04*	ต่ำมาก
การรับรู้อุปสรรค	0.342	< 0.01**	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์	0.306	< 0.01**	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.462	< 0.01**	ปานกลาง

* p-value = 0.05, **p-value < 0.01

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไข้เลือดออกจะแจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก (Mean=4.37, SD=0.59), ทุกครัวเรือนควรช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลายจึงจะป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (Mean=4.25, SD=0.58) และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ (Mean=4.22, SD=0.58) จากข้อคำถามจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดจากการช่วยกันทุกครัวเรือน และหากมีผู้ป่วยควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดจากการรับรู้ประโยชน์ และยังสามารถลดภาวะคุกคามหรือความเจ็บป่วยได้ แตกต่างกับการศึกษาของชนินดา มัททวงกูร และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จ.สมุทรสาคร อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับวิภาวดี วุฒิเดช¹² ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ มีการรับรู้ประโยชน์มาตรการการควบคุมและป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ และการมีส่วนร่วมจากชุมชน แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ในบางเรื่องที่ไม่ถูกต้อง เช่น ถ้าสมาชิกในบ้านป่วยโรคไข้เลือดออก คนที่อาศัยในบ้านจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกด้วย (Mean=2.06, SD=0.92) และคนที่ถูกยุงกัดในตอนกลางวันจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่า

คนที่ถูกยุงกัดตอนกลางคืน (Mean=2.00, SD=0.85) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน และเกือบครึ่งหนึ่ง มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 49.68) ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องปฏิบัติงานนอกบ้าน และอาจจะส่งผลให้ไม่สนใจการควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงยังไม่ถูกต้อง ในส่วนของความรุนแรงยังรับรู้อาการของโรคที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน ดังข้อคำถามว่า หากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีอาการเลือดออกตามร่างกายหรือเป็นจุด แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรง (Mean= 2.13, SD= 0.67) และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะมีไข้สูง (Mean= 2.03, SD= 0.83) ส่วนการรับรู้อุปสรรคยังคงคาดหวังว่าเมื่อมีผู้ป่วยไข้เลือดออกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ รพ.สต. จะต้องพ่นหมอกควันทุกครั้ง (Mean= 1.76, SD= 0.76) สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถให้คำแนะนำให้เพื่อนบ้านใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ หรือเกลือ หรือน้ำส้มสายชูสามารถป้องกันยุงลายไปวางไข่ได้ (Mean= 4.00, SD= 0.61) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค สอดคล้องกับธนภฤติ นัยกุลวงศ์¹¹ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของประชาชน อ.สะเตาะ จ.สงขลา อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับประเทือง ฉำน้อย¹³ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.พรานกระต่าย จ.กำแพงเพชร อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างของประเทือง ฉำน้อย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในกลุ่มผู้นำด้านสาธารณสุข ประกอบกับได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องจึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จะป้องกันตนเองได้และสามารถที่จะแนะนำประชาชนในพื้นที่ได้มากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มีการจัดข้าวของภายในบ้านและรอบ ๆ บ้านเป็นระเบียบ

เรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นที่แห่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Mean=4.14, SD=0.71), มีการสำรวจภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Mean=3.97, SD=0.74) และสมาชิกในบ้านมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำภาชนะที่มีน้ำขัง หรือใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ เกลือ ผงซักฟอก (Mean=3.93, SD=0.93) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อให้ยุงอาศัยอยู่ในบ้านได้ แต่ยังมีพฤติกรรมที่ควรจะต้องปรับปรุง ได้แก่ มีการกระตุนหรือเตือนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เฉพาะช่วงระบาดกับสมาชิกในบ้านและเพื่อนบ้าน (Mean=2.31, SD=0.88) และการเปิดฝาท่อระบายน้ำในบ้าน เพราะท่านใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้ (Mean= 2.21, SD= 0.93) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การทำความสะอาดส้วมภาชนะเก็บน้ำทุก 7 วันเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและไม่จำเป็นต้องทำ เนื่องจากใช้น้ำหมดก่อน 7 วัน ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เพราะการวางไข่ของลูกน้ำยุงลายสามารถวางไข่บริเวณขอบโอ่งหรืออ่างถึงแม้จะมีน้ำไม่ท่วมถึง แต่ทั้งนี้ ผลการวิจัยวิจัยด้านพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของชลิต เกตุแสง¹⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อ.ตะโหมด จ.พัทลุง อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และคณะ¹⁶ ที่พบว่า ประชาชนในตำบลเค็ง อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับชมพูนุช อินทศรี และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ประชาชนในชุมชนบ้านคลองบางนา ต.ศิระจรเข้ น้อย อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ มีระดับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ส่วนวิทยา ศรีแก้ว¹⁸ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อ.ฉวาง จ.นครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม

3. ความสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถแยกเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อาจจะเป็นเพราะว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและทุกปี โดยเฉพาะอำเภอที่มีการอัตราป่วยสูง ซึ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหากรักษาไม่ถูกต้อง และไม่ทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการตอบแบบสอบถามพบข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ทุกคนมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นโรคไข้เลือดออกได้ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา (Mean=4.45, SD=0.57), อันตรายที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก คือ ภาวะช็อค ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ (Mean=4.31, SD=0.60) และเมื่อเด็กเป็นโรคไข้เลือดออกจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Mean=4.17, SD=0.79) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงว่าโรคไข้เลือดออกสามารถทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของธนภฤติ นัยกุลวงศ์¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของประชาชน อ.เสนา จ.สงขลา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และชนิดา มัททวงกูร และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จ.สมุทรสาคร แตกต่างกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ต.ระแหง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า การรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ เป็นการรับรู้ที่ควบคู่กัน กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้อง บุคคลนั้นจะมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โดยจะต้องมีการปฏิบัติตนให้สามารถลดภาวะคุกคามที่อาจจะทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งจากการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าบ้านที่มีภาชนะที่มีน้ำขังและไม่ฝาปิดจะเป็น

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำโรคไข้เลือดออกได้ (Mean=4.33, SD=0.78) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ว่า ทุกครัวเรือนควรช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลายจึงจะป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (Mean=4.25, SD=0.58) และเมื่อบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไข้เลือดออก จะแจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก (Mean=4.37, SD=0.59) สอดคล้องกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของประชาชนชุมชนคลองห้าตะบัน ต.ระแหง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับชนิดา มัททวงกูร และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จ.สมุทรสาคร แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนธนภฤติ นัยกุลวงศ์¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของประชาชน อ.เสนา จ.สงขลา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ทั้งนี้ การรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อสิ่งที่อาจขัดขวางหรือทำให้ไม่สามารถปฏิบัติให้มีพฤติกรรมที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ เช่น ความเคยชินกับพฤติกรรมเดิม การไม่เข้าใจในคำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก หรือการมีค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำดี และมีอุปสรรคสูงก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติสูงเช่นกัน จากการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ (Mean=1.76, SD=0.76) และเมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ รพ.สต. จะต้องพ่นหมอกควันทุกครั้ง (Mean=1.73, SD=0.62) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จ.สมุทรสาคร การศึกษาแตกต่างกับสฤณีเดช เจริญไชย และคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง อ.เมือง จ.นนทบุรี เช่นเดียวกับภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของประชาชนชุมชนคลองห้าตะบัน ต.ระแหง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในบ้านและบริเวณบ้านซึ่งเป็นการป้องกันทางกายภาพ เป็นการป้องกันที่สามารถปฏิบัติได้ดีที่สุด สะดวกที่สุด ประกอบกับปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนป้องกันตนเองต่อเนื่องและตลอดทั้งปี จากการตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้าน (Mean=4.11, SD=0.62) จะทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้วทันทีหากพบว่ามีลูกน้ำในภาชนะนั้น (Mean=4.08, SD=0.74) และสามารถให้คำแนะนำให้ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงละแวกใกล้บ้าน (Mean=4.05, SD=0.61) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิดา กุณราช และคณะ²¹ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อ.แม่จัน จ.เชียงราย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงทุกด้าน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์สูงสุด ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและให้ส่งเสริมให้ประชาชนเป็นแกนนำในชุมชนร่วมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก มุ่งให้ประชาชนเป็นผู้กระตุ้นให้คนในชุมชนมีการรวมพลังและสร้างกฎเกณฑ์ หรือมาตรการเพื่อป้องกันโรค

ใช้เลือดออกโดยชุมชนเอง ก็สามารถที่จะป้องกันโรค
ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดทั้งปี
การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากองค์กร
ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ให้เข้ามาดำเนินการวิจัย
อย่างจริงจัง และควรมีการเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วน
เสียในชุมชน เพื่อการได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง. แนวทางการดำเนินงานเฝ้า
ระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อมาโดยแมลง สำหรับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมควบคุม
โรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานโรคไข้เลือดออก ปี 2564.
นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11. รายงานประจำปี
2563. นครศรีธรรมราช: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
11 จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2564.
4. Green L. W. & Kreuter M. W. Health Program
Planning: an Educational and Ecological
Approach. New York: McGrawHill, 2005.
5. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการ
วิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัย
ทักษิณ, 2556; 16(2): 9-18.
6. พุทธิพงศ์ บุญชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเปรียบเทียบ
หมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคใน
ตำบลบ่อผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. วารสาร
สาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2563; 3(3): 79-
94.
7. สำเริง จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธี
วิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยา
และมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
8. Best, J. W. Research in Education. (3rded).
Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977.
9. Bartz, A. E. Basic Statistical Concepts: Merrill,
1999.
10. ชนิตา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อนันท์ ฤทธิ
เสรีวัฒนา, อำพร สิทธิจิต และธำรงค์ น้อยสิริวัฒนา.
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัด
สมุทรสาคร. วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 2560; 18(34): 34-48
11. ธนภฤติ นุ้ยกุลวงศ์. พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก
ของประชาชน กรณีศึกษา: อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา
สาธารณสุขชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สงขลา; 2558.
12. วิภาวดี วุฒิเดช. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาท
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุข ในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัด
อุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
13. ประเทือง ฉำน้อย. การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และ
พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา: อำเภอพรานกระต่าย
จังหวัดกำแพงเพชร. (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์); 2558.
14. บุญประจักษ์ จันทรวิน, วิทยา ศรีแก้ว และวัลลภา ดิษ
สระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนวัยทำงาน
อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน, 2564; 7(4): 72-86.

15. ชลิต เกตุแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้, 2558; 2(1): 24-36.
16. หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลเค็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10, มหาวิทยาลัย หาดใหญ่: 2562.
17. ชมพูนุช อินทศรี, ภัคจิรา สารวงษ์, อโนทัย ผลิตนนท์ เกียรติ และดวงใจ เอี่ยมจ้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้าน คลองบางนา ตำบลศรีชะชะนัย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2560; 3(1): 43-51.
18. วิทยา ศรแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตรา ป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสาร ศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 2565; 2(1): 1-14.
19. ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร์, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข, เจนจิรา นัก ษ์, อมิตา เหมมาเพ็ชร, ณัฐสุตา พักเจริญ, ปวีณา วร วงษ์, ฉัตรทริกา จันทรสาภา และวนิดา ทมแก้ว. พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ชุมชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอ ผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6 และระดับนานาชาติครั้งที่ 1, มหาวิทยาลัยปทุมธานี: 2562.
20. สฤณีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ และมาสริน ศุกลักษ์. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 2563; 29(3): 517-527.
21. นันทิตา กุณราช, สุภาพร ตรงสกุล, วรรณรัตน์ ลาวั ง และพิษณุรักษ์ กันทวิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่ม ชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงราย เวชสาร. 2560; 9(2): 91-103

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019
ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคามพัชชา หิรัญวัฒนกุล*¹ และสมเสาวนุช จมูศรี²

บทคัดย่อ

จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นสาเหตุการป่วยและตายของประชากรทั่วโลกทำให้ต้องมีมาตรการที่ป้องกันการระบาดของโรคอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในชุมชนที่อยู่โดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีประชากรอาศัยอยู่จำนวนมาก การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ($r^2 = 18.43$, $p = 0.00$) รายได้ ($r^2 = 4.19$, $p = 0.04$) อาชีพ ($r^2 = 5.03$, $p = 0.02$) และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ($r^2 = 13.64$, $p = 0.00$) ความรู้เกี่ยวกับโรค ($r = 0.261$, $p < 0.001$) และทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.387$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคให้กับประชาชน โดยอาจจำแนกตามกลุ่มอาชีพ และโดยเฉพาะประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้สะดวก ข้อมูลจากผลการวิจัยอาจใช้แนวสำหรับการป้องกันการระบาดของโรคครั้งต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, พฤติกรรมป้องกันตนเอง, ชุมชน

1 อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

* Corresponding author: phatcha.h@msu.ac.th

Original Article

Prevention Behaviors of Coronavirus Disease 2019 among People Living in the Community Surrounding Mahasarakham University

Phatcha Hirunwatthanakul^{*1}Somsaowanuch Chamusri²

Abstract

The epidemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) which caused of morbidity and mortality among people around the world. All areas, then, raised awareness to strictly prevent the spread of the disease, especially in the community surrounding Mahasarakham University which are normally crowded with people.

This study, therefore, to determine the relationships between of the disease knowledge, attitude towards COVID-19 and prevention behaviors among people living in the community surrounding Mahasarakham University. The samples consisted of 370 people. A questionnaire using for data collection asked about the knowledge, the attitudes towards COVID-19 and behavior to prevent the disease. Pearson Product Moment Correlation Coefficient was used for data analysis.

The study found that the level of education ($r^2 = 18.43$, $p = 0.00$) monthly income ($r^2 = 4.19$, $p = 0.04$) occupation ($r^2 = 5.03$, $p = 0.02$) and Information channel ($r^2 = 13.64$, $p = 0.00$), the disease knowledge ($r = 0.261$, $p < 0.001$) and the attitude towards COVID-19 ($r = 0.387$, $p < 0.001$) were found to be significantly related to the prevention behaviors among those people living in the community surrounding Mahasarakham University.

Recommendation for health staff and related agencies to provide the information about the disease for people by groups of level of education, or occupation. Public announcement via social network maybe convenience for people. In addition, the results of this study would be a guideline for effective management of future pandemics in this area.

Keyword: COVID – 19, Prevention behavior, Community

1 Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

2 Assistant Professor, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars

* Corresponding author: phatcha.h@msu.ac.th

บทนำ

จากการแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นสาเหตุการป่วยและตายของประชากรทั่วโลก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคนี้ เป็นโรคติดต่ออันตราย¹ รัฐบาลต้องออกมาตรการที่เข้มข้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรคทั่วประเทศ ซึ่งจังหวัดมหาสารคามโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดมหาสารคาม ได้สนับสนุนนโยบายของรัฐบาล โดยได้จัดให้มีการสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการโรคให้กับประชาชนทุกชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค²⁻³ อย่างไรก็ตาม ในชุมชนที่มีประชากรอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น เช่น ชุมชนโดยรอบ ๆ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ประชาชนอาศัยอยู่ร่วมกันกับนิสิตของมหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวนมาก ทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความกังวลถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากนิสิตเหล่านี้มาจากหลากหลายพื้นที่ และหลายจังหวัดทั่วประเทศไทย และจากการที่มีคนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่อาจจะนับได้ว่า บุคคลใดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคคลใดเป็นผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 รวมถึงไม่แน่ใจในพฤติกรรมการป้องกันตนเองของแต่ละบุคคลอีกด้วย นอกจากนี้ การอยู่อาศัยร่วมกัน ทำให้ประชาชนในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต มีการใช้ถนน ใช้พาหนะร่วมกัน รวมถึงการใช้ร้านค้า ร้านอาหาร ตลาด ธนาคาร และพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ ร่วมกัน จึงเป็นเหตุให้ชุมชนรอบ ๆ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อทั้งเศรษฐกิจและการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต การถูกจำกัดพื้นที่ที่อยู่อาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ รวมถึงต้องมีการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดมากกว่าปกติ⁴⁻⁵

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษากันป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัย

มหาสารคาม ซึ่งผลการศึกษา จะทำให้ทราบถึง ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยผลการศึกษาจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในพื้นที่ และอาจรวมถึงโรคระบาดอื่นที่อาจเกิดการแพร่ระบาดในชุมชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียน หรือมีทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความยินยอมร่วมมือในการศึกษา โดยชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม แบ่งเป็น 2 พื้นที่ คือ เขตเทศบาลตำบลท่าขอนยาง และเขตเทศบาลตำบลขามเรียง โดยเขตเทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย มีจำนวน 2 หมู่บ้าน และพื้นที่เขตเทศบาลตำบลขามเรียงอำเภอกันทรวิชัย มีจำนวน 4 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 6 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวน 13,090 คน การศึกษานี้ คำนวณขนาดตัวอย่างขนาดตัวอย่าง เพื่อหาค่าสัดส่วนในประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05⁶

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยเริ่มจากเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ตามจำนวนประชากรของหมู่บ้านจากจำนวน 6 หมู่บ้านซึ่งแบ่งเป็นชุมชนที่มีจำนวนประชากรมาก 2 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านขามเรียง หมู่ที่ 20 และบ้านท่าขอนยาง หมู่ที่ 1 สุ่มได้บ้านขามเรียง หมู่ที่ 20 และชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อย 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านท่าขอนยาง หมู่ที่ 3 บ้านขามเรียง หมู่ที่ 1 บ้านดอนนา หมู่ที่ 7 และ บ้านขาม

เรียง หมู่ที่ 15 ได้จำนวน 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 3 บ้านท่าขอนยาง หมู่ที่ 7 บ้านดอนนา จากนั้น สุ่มตัวอย่างจากประชาชน ทั้ง 3 หมู่บ้าน ตามรหัสเลขบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 370 คน ตามที่ได้คำนวณไว้ และเก็บข้อมูลตามตามรหัสเลขบัตรประจำตัวประชาชนที่สุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC > 0.5 ทุกข้อคำถาม และ ผ่านการตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยแบบสอบถามด้านความรู้มีค่าเท่ากับ 0.81 ด้านทัศนคติมีค่าเท่ากับ 0.80 และด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด ของการวิจัย รวมถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบสอบถาม จะไม่มีการระบุชื่อข้อมูลเป็นลูกเก็บเป็นความลับ ในการการเสนอผลงานวิจัยจะกระทำในภาพรวม รวมถึงผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอใน นำเสนอด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ

ชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์เพียร์สัน และสถิติทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P \leq 0.05$

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.4 อายุเฉลี่ย 41.65 (SD = 17.76) ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.7 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 5,000-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 95.9

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ย 13.75 (SD = 1.56) โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 8 คะแนนและคะแนนสูงสุดที่ 15 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 91.1

ผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย Mean = 65.75 (SD = 5.79) โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 48.00 คะแนนและคะแนนสูงสุดที่ 75.00 คะแนน โดยคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.6

ผลการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 85.81 (SD = 8.19) โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 36.00 คะแนน และคะแนนสูงสุดที่ 100.00 คะแนน โดยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 82.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ข้อมูล	จำนวน (n=370)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019		
ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	337	91.1
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	29	7.8
ระดับไม่ดี (ต่ำกว่า 9 คะแนน)	4	1.1
Mean = 13.75 SD = 1.56 Min = 8 คะแนน Max = 15 คะแนน		
ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโคโรนาไวรัส 2019		
ระดับสูง (60 คะแนนขึ้นไป)	313	84.6
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	57	15.4
Mean = 65.75 SD = 5.79 Min = 48.00 Max = 75.00		
พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019		
ระดับดี (80 คะแนนขึ้นไป)	305	82.4
ระดับปานกลาง (60-79 คะแนน)	62	16.8
ระดับไม่ดี (ต่ำกว่า 60 คะแนน)	3	0.8
Mean = 85.81 SD = 8.19 Min = 36.00 MAX = 100.00		

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ด้านอาชีพ
ด้านรายได้ และด้านช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสื่อ
ออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก

โคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ
สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=370)

ลักษณะทางประชากร	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง		r ²	p-value
	ดี	ปรับปรุง		
เพศ			0.3	0.6
ชาย	116	27		
หญิง	189	38		
ระดับการศึกษาสูงสุด			18.43	0.00*
ไม่ได้ศึกษา หรือประถมศึกษา	85	36		
สูงกว่าประถมศึกษา	220	29		
สถานภาพสมรส			2.47	0.11
อยู่คนเดียว	150	25		

ลักษณะทางประชากร	พฤติกรรมกำรป้องกันตนเอง		r^2	p-value
	ดี	ปรับปรุง		
สมรส	155	40		
รายได้ต่อเดือน			4.19	0.04*
8,000 หรือ น้อยกว่า	145	40		
มากกว่า 8,000 บาท	160	25		
อาชีพ			5.03	0.02*
เกษตรกร/ รับจ้าง	190	50		
ค้าขาย/ ข้าราชการ/ พนักงาน	115	15		
การได้รับข้อมูลของโรคผ่านสื่อออนไลน์			13.64	0.00*
ใช่	233	35		
ไม่ใช่	72	30		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้
ทัศนคติ กับพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนาไวรัส 2019 พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
กำรป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ ($r_s = 0.261$, p-value

= <0.001) และทัศนคติ ($r_s = 0.387$, p-value = <0.001) มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่
3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส
2019

ตัวแปร	พฤติกรรมกำรป้องกันตนเอง	
	r_s	p-value
อายุ	- 0.021	0.686
ความรู้	0.261	<0.001**
ทัศนคติ	0.387	<0.001**

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ของ ชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย สุขภาพในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์⁷ พบว่า เพศไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (p-value = 0.672) อาจเนื่องมาจาก การระบาดของโรค เป็นการ ระบาดของโรคที่ไม่ได้เจาะจงเพศ หรือฐานะทางสังคม แต่ ขึ้นอยู่กับบุคคลในการปฏิบัติตัวเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 สอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ (H1N1) ของประชาชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ทั้งนี้ อาจ เนื่องมาจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 เป็นโรค ระบาดใหม่ที่กำลังเกิดขึ้น ทำให้การระบาดแพร่กระจายเป็นวง กว้าง ในการติดเชื้อมาจะขึ้นอยู่กับการป้องกันการป้องกันโรค ของแต่ละบุคคล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้มีการ ให้ความรู้ และแนวทางในการป้องกันตนเองแก่ประชาชน อย่างต่อเนื่อง⁸⁻⁹

อย่างไรก็ตาม ระดับการศึกษา พบว่า มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผล ต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้มา รับบริการในจังหวัดนครสวรรค์⁸ ซึ่งอาจเนื่องมาจาก บุคคลที่มี การศึกษาสูงย่อมมีประสบการณ์ในด้านการค้นคว้าข้อมูล ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี เพราะการศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล บุคคลสามารถตัดสินใจทำสิ่ง ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ รวมไปถึง อาชีพ และรายได้ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส

2019 อาจเนื่องมาจาก ประชาชนที่มีอาชีพ จะมีรายได้ และ อำนาจซื้อสินค้าและบริการ เพื่อป้องกันดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ และไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงข้อมูล และรับสิ่งที่เฝ้าระวังพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่มีอาชีพ⁸

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล ข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต (p-value = 0.00) พบว่า มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัย มหาสารคาม สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก¹⁰ อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบัน สื่อทางอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีจำนวนผู้ใช้สื่อ ออนไลน์มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทาง อินเทอร์เน็ตที่รวดเร็ว ทันสมัย และสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีทางเลือกมากขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน โรคที่ดี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ดังนั้น การมีความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมาก ก็จะมี พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้ดี และ นอกจากนี้ ยังพบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019⁸ ดังนั้น การมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันตนเอง ย่อมมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่ถูกต้อง เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ความรู้ และ ส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากติดเชื้อไวรัส โคโรนาไวรัส 2019 อย่างต่อเนื่อง ให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะ บุคคลที่ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย ผู้ ที่ขับรถโดยสาร ให้ได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้

ประชาชน เข้าใจถึงสถานการณ์ของโรค และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และการจัดทำสื่อออนไลน์ อาจจะทำให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นในการรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อป้องกันตนเองให้กับประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการชุมนุมของกลุ่มคน อาจช่วยในการป้องกันโรครามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 48 ง (ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563).
2. กรมควบคุมโรค. รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
3. คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดมหาสารคาม. ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดมหาสารคาม เรื่อง มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19. มหาสารคาม; 2563.
4. ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดมหาสารคาม. สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://mkho.moph.go.th>
5. ศุภานนท์ ขอบประดิษฐ์. วิถีโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทาง สังคมอย่างไร. วารสารชัยภูมิปริทรรศน์, 2563; 3(2),1-14.
6. Daniel, W.W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
7. ภิมย์รัตน์ เกียรติธนบดี, วิโรจน์ ไวยานิชกิจ และเจตต์ ดียิ่ง. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

- ภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการวิจัยและพัฒนา, 2558; 10 (2) 84-91.
8. กชกร สมมิ่ง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. เล่มที่ 126 วารสารสุขศึกษา. กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์ โควิด-19. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th>.
 9. นาธิมาห์ แวปุเตะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ และ กัลยา ตันสกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (2564): 31-39.
 10. ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก, 2555. ราชบัณฑิตยบาลสาร ปีที่ 18 ฉบับที่ 3: 389-403.

Received: 17 Jun 2022, Revised: 25 Jul 2022

Accepted: 1 Aug 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

เจตจรรยา บุญญกุล^{1,*} วิภา สุวรรณรัตน์² วรณลี ยอดรักษ์³

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และสังคมโลกเป็นอย่างมาก ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกช่วงวัยในชุมชน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการ เข้าถึง ทำความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจนำไปใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ในยุคดิจิทัลประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อได้หลากหลายประเภทของข้อมูลทำให้เกิดการบิดเบือนข้อเท็จจริงซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนในทางที่ถูกต้อง บทบาทพยาบาลชุมชนยังครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลชุมชนในด้านส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนจึงมีความสำคัญท่ามกลางการระบาดเพื่อความมั่นคงของชุมชนและประเทศชาติต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลชุมชน การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

¹อาจารย์ประจำ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

²อาจารย์ประจำ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

* Corresponding Author: jatjunya.b@tsu.ac.th

Original Article

Role of Community Nurses to Promote Health Literacy for Prevention of Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic in the Community

Jatjunya Bunyakul^{1,*} Wipa Suwannarat² Wanlee Yodrak³

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a dangerous communicable disease that has an extreme impact on the health, lifestyles, and socioeconomic status of worldwide society. Health literacy is an important factor in health status throughout the lifespan for all age groups in a community and also affects health behavior and health outcomes. It is an essential skill to achieve good health. The health literate individual can use skills needed to access, cognitive, communication, self-management, media literacy and make decisions to apply health information. The digital era, People can access all kinds of information and media types. Inaccuracies in media reporting can have adverse health outcomes. Community nurses have an important role to promote health literacy for the prevention of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic in the community and the role of community nurses covers health care for individuals, families, and communities. Therefore, the role of community nurses to promote health literacy for the prevention of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic in the community was important amid the pandemic for the security of the community and the nation.

Keywords: role of community nurses, promote health literacy, coronavirus 2019

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University

²Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University

* Corresponding Author: jatjunya.b@tsu.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือเป็นอุบัติการณ์การเกิดโรคครั้งใหม่ จุดเริ่มต้นของการติดเชื้อเกิดขึ้นที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 และพบว่าสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือเรียกว่า Novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาอย่างเฉพาะเจาะจง หรือวัคซีนป้องกันโรค ลักษณะการระบาดในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมาตรการด้านการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคของแต่ละประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค¹

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายแรกตั้งแต่ต้นเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 จากนั้นส่งผลให้มีการระบาดอย่างรวดเร็ว และรุนแรงในวงกว้างทั่วทุกจังหวัด จากการกลายพันธุ์ของเชื้อเป็นสายพันธุ์เดลต้าทำให้มีผู้ป่วยสะสม และเสียชีวิตจำนวนมาก เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558¹ ในปัจจุบันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังมีอย่างต่อเนื่องจากการกลายพันธุ์ของเชื้อเป็นสายพันธุ์ใหม่ (โอไมครอน) การกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครั้งนี้ส่งผลให้เชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ไวรัสสามารถแพร่กระจายได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดลตา และมีแนวโน้มด้านประสิทธิภาพวัคซีน จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศยังคงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวัง และดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามหลักการควบคุมป้องกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนั้นการเฝ้าระวังป้องกันและ

ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำเป็นต้องสร้างความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องต่อประชาชนอย่างเคร่งครัดต่อไปจนกว่าจะมีตัวยาที่รักษาอย่างเฉพาะเจาะจงในอนาคต

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย และยังแพร่กระจายผ่านการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคน และสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค เมื่อมีการรับเชื้อจะมีอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกันไป อาการทั่วไปมักพบอาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย บางรายมีอาการจุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่รับรส หรืออาจเสียชีวิต³ เนื่องจากการแพร่กระจายของเชื้อเกิดขึ้นโดยง่าย ส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นจากหลักร้อยจนถึงหลักหมื่นต่อวันและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งศูนย์กลางการระบาดของโรคนอกจากสถานที่เสี่ยงต่างๆ แล้วการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังมีการติดต่อกันในระดับชุมชนถึงระดับครอบครัว ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข เศรษฐกิจสังคม และความมั่นคงของประเทศ⁴ จะเห็นได้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลอันตรายต่อร่างกายของผู้ติดเชื้อ และครอบครัวถึงระดับชุมชน ดังนั้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญ และเร่งด่วนของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีหน้าที่โดยตรงในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพประชาชนในระดับชุมชน

พยาบาลชุมชนมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชากรทั้งชุมชน โดยการทำงานร่วมกับสมาชิกของชุมชน เพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการทางสุขภาพของคนในชุมชนโดยมีเป้าหมายหลักในการปกป้องสุขภาพของสาธารณสุข และป้องกันการเกิดโรค⁵ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มี

อย่างต่อเนื่องพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้สอดคล้องกับฐานวิถีชีวิตใหม่ และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงในอนาคต ได้แก่ การเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ ผู้บริหารจัดการ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ประสานงาน ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้ให้ความร่วมมือโดยการสร้างความตระหนักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดเป็นฐานวิถีชีวิตใหม่ ประชาชนในชุมชนสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพที่ดี และมีความยั่งยืนนำไปสู่การลดการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁶ ดังนั้นบทความทางวิชาการฉบับนี้ จะช่วยให้พยาบาลชุมชนมีความรู้และความเข้าใจในบทบาทของตนเองในการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพ ในด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล และความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นทางสุขภาพ มีการสื่อสารอย่างเหมาะสม รู้เท่าทัน สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี และนำแนวทางการปฏิบัติตัวไปใช้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จะสามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้อย่างเชี่ยวชาญ และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการชี้นำทางความคิดให้รู้ถูก รู้ผิด จึงควรมีความเข้าใจ รอบรู้ คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และ

ชุมชน เกิดการเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมป้องกันโรค (Prevention Behavior) ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนที่ถูกต้องและประสิทธิภาพ⁷

การป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

การป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary prevention) ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary prevention) และระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการ และการไร้สมรรถภาพ (Tertiary prevention)⁸ ดังนี้

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary prevention) เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิในระยะที่ยังไม่เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามหลัก DMHTT โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบประชาชนใน พื้นที่ควรทำการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในการดูแลป้องกันตนเอง⁹ ดังนี้

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่าง (Distancing) กับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด
2. การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย (Mask Wearing) เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน
3. การหมั่นล้างมือบ่อยๆ (Hand Washing) ด้วยน้ำ และสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 70 % ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน หรือลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น
4. ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดัน โลหิตสูง โรคปอด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เลี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็นให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด ในระยะเวลาสั้นที่สุด

5. แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น เลือกทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำหรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ

6. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Testing) สม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงควรเข้ารับการตรวจโรคติดเชื้อ COVID-19

7. หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

8. จัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ เปิดประตู หน้าต่างให้โล่ง ใช้น้ำผสมผงซักฟอก หรือไฮเตอร์ผสมทำความสะอาดบ้านเป็นประจำทุกวัน

9. ระวังติดเชื้อโรคติดเชื้อ COVID-19 ตามนโยบายของรัฐบาล

10. หลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยพาหนะขนส่งสาธารณะ เช่น รถโดยสารประจำทางปรับอากาศ หรือเครื่องบิน เป็นต้น แต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้คนขับ และผู้โดยสารสวมหน้ากากอนามัยทุกคน และเว้นระยะห่างในการนั่ง

11. ในสถานที่ที่จำเป็นต้องเปิดบริการ เช่น ธนาคาร โรงพยาบาล ร้านอาหาร เป็นต้น ให้ตรวจวัดอุณหภูมิของผู้มาใช้บริการ ถ้ามีไข้ หรืออุณหภูมิเกิน 37.5 องศาเซลเซียส ห้ามเข้ารับการบริการ และให้ผู้มารับบริการสวมหน้ากากอนามัย และฆ่าเชื้อที่มือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 70% ทำสัญลักษณ์ไว้ที่เก้าอี้โดยเว้น ระยะห่างตัวเว้นตัว ให้ทุกคนหันหน้าไปทางเดียวกัน ทำจุดกำหนดตำแหน่งให้ผู้มารับบริการเดิน และยืนขณะรับบริการให้ห่างจากผู้ให้บริการ หรือคนอื่น 1-2 เมตร และทำความสะอาดบริเวณพื้นผิวสัมผัสด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุก 2-3 ชั่วโมง

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary prevention) เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิในระยะที่มีการติดเชื้อแล้ว เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อ และการระบาดของโรคไปยังบุคคลในชุมชน หรือชุมชนอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการคัดกรองโรคเพื่อให้พบโรคโดยเร็วที่สุด และให้การรักษาโดยทันทีเพื่อ

เพิ่มโอกาสการหาย หรือป้องกันอาการไม่ใหัรุนแรงมากขึ้น⁹ ดังนี้

1. การคัดกรองโรคเป็นการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก เป็นการระงับกระบวนการดำเนินของโรค ป้องกันการแพร่เชื้อ และการระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่น เพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อน และผลเสียที่อาจเกิดตามมา เป็นผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพ และความพิการลดน้อยลงได้โดยให้ หน่วยงานในพื้นที่จัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคในชุมชน (กรมควบคุมโรค. 2563) ดังนี้

1.1 ให้หน่วยงานในพื้นที่จัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคในชุมชน ดังนี้

1.1.1 จัดตั้งทีมด้านการป้องกันควบคุมโรค เช่น ทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคใน หน่วยงานป้องกันควบคุมโรคระดับต่างๆ เมื่อพบผู้ป่วยสงสัย และผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานแก่หน่วยงานสาธารณสุขอย่างเร่งด่วนในชุมชนเพื่อดำเนินการค้นหา และเฝ้าระวัง

1.1.2 ดำเนินการเชิงรุกในการให้ข้อมูลในเรื่องของการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ และข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชนที่ยังไม่มีอาการ หรือความเสี่ยง

1.1.3 สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในการดูแลป้องกันตนเอง เช่น แนวทางการป้องกันดูแลตนเอง แนวทางเฝ้าระวัง และดูแลผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงสื่อสารวิธีการแจ้งหากพบผู้ป่วย หรือผู้มีอาการสงสัยให้ประชาชนแจ้งเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทราบโดยเร็ว

1.1.4 จัดทำฐานข้อมูลของ และติดตามผู้สัมผัสโรคเพื่อระบุหาคนที่อาจมีประวัติสัมผัสโรค เพื่อที่จะแยกกักออกไปโดยเร็ว

2. การรักษาโรคผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ ATK ต่อ SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และรวมผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งผู้ที่มีอาการ และไม่แสดงอาการแบ่งเป็นกลุ่มตามความรุนแรงของโรค และปัจจัยเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

หรืออาการไม่รุนแรงให้การรักษแบบผู้ป่วยนอกโดยแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-isolation) ส่วนกลุ่มที่มีอาการร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ และกลุ่มผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบที่มี hypoxia แพทย์ให้พักในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 (designated hospital) จนครบ 10 วันแล้วให้กลับบ้านเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นโดยยึดหลักการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่

2.1 ให้แยกกักตัวที่บ้าน หรือสถานที่รัฐจัดให้เป็นเวลา 10 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ เมื่อครบกำหนด 10 วันแล้วยังมีไข้ให้แยกกักตัวต่อไปจนอาการดีขึ้นอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง โดยปฏิบัติตามขณะกักตัวที่บ้าน ดังนี้

2.1.1 งดออกจากบ้านไปยังชุมชนทุกกรณี ยกเว้นการเดินทางไปโรงพยาบาลโดยการนัดหมาย และการจัดการโดยโรงพยาบาล

2.1.2 ให้แยกห้องนอนจากผู้อื่น ถ้าไม่มีห้องนอนแยกให้นอนห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 เมตร และต้องเป็นห้องที่เปิดให้อากาศระบายได้ดี ผู้ติดเชื้อนอนอยู่ด้านใต้ลม หากไม่สามารถจัดได้อาจจะต้องให้ผู้ติดเชื้อพักที่ศูนย์แยกโรคชุมชน (community isolation) จนพ้นระยะการแยกโรค

2.1.3 ถ้าแยกห้องน้ำได้ควรแยก ถ้าแยกไม่ได้ให้เช็ดพื้นผิวที่มีการสัมผัสด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์หลังการใช้ทุกครั้ง

2.1.4 การดูแลสุขอนามัย ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น

2.1.5 ล้างมือด้วยสบู่ และน้ำเป็นประจำ โดยเฉพาะหลังจากถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระ หรือถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 70%

2.1.6 ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

2.1.7 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในระยะไม่เกิน 2 เมตร การพบปะกันให้สวมหน้ากากตลอดเวลา

2.1.8 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่สุก สะอาด และมีประโยชน์ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ

2.1.9 หากมีอาการป่วยเกิดขึ้นใหม่ หรืออาการเดิมมากขึ้น เช่น ไข้สูง ไอมาก หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร ให้ติดต่อสถานพยาบาล หากต้องเดินทางมาสถานพยาบาลแนะนำให้สวมหน้ากากระหว่างเดินทางตลอดเวลา

2.2 หลังจากครบกำหนดการกักตัวตามระยะเวลานี้แล้วสามารถประกอบกิจกรรมทางสังคม และทำงานได้ตามปกติตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การทำความสะอาดมือ การรักษาระยะห่าง เป็นต้น

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการ และการไร้สมรรถภาพ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันระดับตติยภูมิ เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อครบกำหนดตามระยะเวลากักตัวให้ปฏิบัติตามตามแนววิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ผู้ป่วยและคนในครอบครัวสามารถกลับเข้าทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติโดยต้องการสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือ การรักษาระยะห่าง การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด หรือสถานที่ที่การระบายอากาศไม่ดี ผู้ป่วยที่หายจาก COVID-19 ระยะเวลากิน 3 เดือน มีโอกาสติดเชื้อซ้ำได้

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

พยาบาลชุมชนมีขอบเขตของหน้าที่ และความรับผิดชอบที่สำคัญหลายประการ ซึ่งส่งผลต่อบทบาทในการปฏิบัติงานที่จะต้องจัดบริการให้ครอบคลุม และตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตามบทบาทของพยาบาลชุมชนโดยทั่วไป¹⁰ มีดังนี้

1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (health care provider) โดยการให้บริการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคน/ชุมชนในทุกภาวะสุขภาพ และครอบคลุมในทุกมิติแบบองค์รวม ให้การพยาบาลแก่ผู้

สงสัยติดเชื้อ ผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์กักกันกลุ่มเสี่ยง (state/local quarantine) และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่หายจากโรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

2. ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) โดยการให้สุศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การดูแล และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค อาการที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ ข้อควรปฏิบัติในกรณีมีคนในบ้านป่วย หรือคนเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ มีความเข้าใจ และเลือกใช้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้อง

3. ผู้พิทักษ์สิทธิ หรือพิทักษ์ผลประโยชน์ (advocator) โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับจากการตรวจ รักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สิทธิในการได้รับการดูแลเยียวยาจากรัฐบาล และสิทธิอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประชาชนในชุมชน รวมถึงการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อได้รับการรักษาโรคที่ดี และมีประสิทธิภาพตามสิทธิการรักษา

4. ผู้บริหารจัดการ (manager) โดยเป็นผู้จัดการสิ่งแวดล้อมในสถานบริการให้เหมาะสมตามหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ร่วมพัฒนาอาคาร หรือบ้านให้เป็นสถานที่ที่กักกัน จัดระบบการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นไม่ให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเมื่อมารับยาที่สถานบริการโดยจัดบริการที่บ้านให้เหมือนกับมารับบริการที่สถานบริการ

5. ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และการให้คำปรึกษาแก่ชุมชนในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน และชุมชนเพื่อป้องกันการระบาดของโรค การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัดพื้นที่เสี่ยงสูงให้กักกันตัวเอง รวมทั้งให้คำปรึกษา

บุคคลที่กังวลว่าตนเองจะมีอาการติดเชื้อไวรัส โดยให้ทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

6. ผู้ประสานงาน (coordinator) โดยการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ การขอความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ที่ขาดแคลนเพื่อแจกจ่ายให้ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว การประสานสถานที่กักกันตัว การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อได้รับการรักษาโรคที่ดี และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนได้ทราบกระบวนการขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้การจัดการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนเป็นไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ

7. ผู้นำ (leader) เป็นการชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการต่างๆ ของชุมชนเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

8. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) โดยทำตัวให้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ (new normal) เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันตนเองโดยการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ หรือการใช้เจลแอลกอฮอล์ การทำงานที่บ้าน (Work from Home) และรักษาระยะห่างทางสังคม เป็นต้น

9. ผู้ให้ความร่วมมือ (collaborator) เป็นการร่วมมือกับทุกฝ่ายที่ช่วยกันพัฒนาชุมชน ทั้งฝ่ายการศึกษา การเมืองการปกครอง ทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาการ และผู้นำชุมชนกลุ่มต่างๆ ในการป้องกัน และควบคุมโรค

10. ผู้วิจัย/นักวิจัย (researcher) ทำการศึกษาค้นคว้าวิธีการป้องกันโรคใหม่ ๆ การวิจัยเพื่อหาแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ รวมทั้งแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะต่างๆทางการรับรู้ และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆเพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ เป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลใน การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูงช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคล และชุมชน¹¹

การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนาทักษะ และศักยภาพที่มีผลทำให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพและสามารถปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีขึ้นได้ สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย และบริบทสังคม โดยประกอบด้วย 6 ด้าน¹² ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) หมายถึง ความสามารถในการ ฟัง พูด อ่าน เขียน การสืบค้น การคำนวณ ที่มีกระบวนการไตร่ตรอง ตรวจสอบอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ความสามารถในการ นำความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในบริบทของสุขภาพ และการป้องกันโรคไปประยุกต์อย่างมีหลักการ และน่าเชื่อถือ เพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต 3) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูล ชักชวน การรณรงค์การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีหลักการและน่าเชื่อถือ เพื่อกระตุ้น ชักนำ ปรับเปลี่ยนวิถีคิดของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม 4) ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง ทักษะความสามารถในระดับบุคคลในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ตัดสินใจ ประเมินตนเอง และพัฒนาตนเอง อันจะนำไปสู่ผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะ การทำความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้

จากการนำเสนอของสื่อ และสามารถตีความ เนื้อหาในสื่อ ประเมิน และตัดสินใจในคุณค่าที่สื่อนำเสนอได้ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง กระบวนการคิด และเลือกปฏิบัติอย่างมี หลักการ และเหตุผล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ต้องเข้าใจที่เกี่ยวข้อง และมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม⁹

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้ทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล¹³ 3) ความเชื่อ และทัศนคติ 4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ 5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล¹⁴ 6) รูปแบบการใช้ชีวิต 7) การจัดการสุขภาพ และความเจ็บป่วย 8) ระดับความเครียด 9) ภาวะสุขภาพ 10) คุณภาพชีวิต¹⁵ 11) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹⁶ และ 12) พฤติกรรมสุขภาพ¹⁷

2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล¹⁸ ได้แก่ 1) ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคม และทักษะการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง 2) สิ่งแวดล้อม และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ

3. ปัจจัยระดับสังคม¹⁸ ได้แก่ 1) การจัดระเบียบชุมชน 2) ความเท่าเทียมทางสังคม สุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง 3) การพัฒนาความรู้ องค์กร และนโยบาย 4) การเข้าถึง และใช้บริการทางสุขภาพ 5) การมีส่วนร่วม 6) มาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพ และ 7) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องมีการออกแบบเชิงกระบวนการเพื่อช่วยให้ทำงานเป็นระบบ และสามารถคาดหวังผลลัพธ์ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน¹⁹ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก เพื่อให้ทราบข้อมูลสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนา โดยการแสวงหาข้อมูลจากช่องทางและแหล่งข้อมูลสำคัญด้วยวิธีการต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกรอบแนวความคิดโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐาน มีการเลือกทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาช่วยในการ ออกแบบเพื่อช่วยให้การออกแบบกิจกรรมมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผล และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมได้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบกระบวนการ มีการกำหนดกิจกรรมที่ครอบคลุมการพัฒนาทักษะที่จำเป็น และกำหนดกลวิธีในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงาน วางแผนงานในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล เลือกใช้ หรือพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องตามกรอบแนวคิดการพัฒนา และให้สารสนเทศสำหรับการพัฒนา เพื่อการจัดทำโครงการ และกิจกรรมในระยะต่อไป

แนวปฏิบัติการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง²⁰ โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเอง (Mastery experience) 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ หรือการสังเกต 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ที่เป็นกระบวนการในการกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมเป้าหมาย และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional persuasion) ที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถตนเองโดยหลักการทั้ง 4 ข้อนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของความฉลาดรู้ ทางด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน²¹ ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) สามารถประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จากตัวแบบโดยใช้การเทคนิคให้คำแนะนำการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ หรือการสอนโดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) สามารถประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง หรือการเรียนรู้ตัวแบบ โดยใช้เทคนิคการลงมือปฏิบัติ การฝึก ทักษะ การอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง เป็นต้น
3. ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) สามารถประยุกต์ใช้หลักการการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยใช้เทคนิคการอบรมเชิงปฏิบัติการ การแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น
4. ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) สามารถประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จากตัวแบบ และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional persuasion) ที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้เทคนิคการคิดวิเคราะห์ การลงมือปฏิบัติ เป็นต้น
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) สามารถประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของตนเอง หรือการเรียนรู้ตัวแบบ โดยใช้เทคนิคการคิดวิเคราะห์ การศึกษาข้อมูลด้วยตนเองผ่านสื่อต่าง ๆ หรือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อ เป็นต้น
6. ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) สามารถประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของตนเอง หรือการเรียนรู้ตัวแบบ โดยใช้เทคนิคการคิดวิเคราะห์การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

ลักษณะงานของพยาบาลชุมชน คือ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในชุมชน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนในทุกสภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วยหลากหลายบทบาท รวมทั้งการเป็นผู้ให้

ความรู้ การเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การเป็นผู้บริหารจัดการ การเป็นผู้ประสานงาน การเป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพของบุคคล และชุมชน รวมถึงการให้ชุมชนดำเนินชีวิตบนความปกติใหม่ หรือ New normal ได้ เมื่อพิจารณาบทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนกับองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพสามารถสรุปได้²¹ ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการประเมินความพร้อมต่อการเรียนรู้ของประชาชนในชุมชน ในด้านระดับการศึกษา การอ่านออก เขียนได้ ภาษาหลักที่ใช้สื่อสาร ช่องทางในการรับข้อมูล และปัญหา/อุปสรรคในการเรียนรู้ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการเข้าถึง ประเมิน และจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยเครื่องมือการประเมินต่าง ๆ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนในทุกสถานะสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) แนะนำ แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และวิธีตรวจสอบข้อมูล ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้หลักการ การเรียนรู้จากตัวแบบ โดยใช้เทคนิคให้คำแนะนำ การเข้าถึงข้อมูล ผ่านสื่อวีดิทัศน์ หรือ การสอนโดยใช้การ อบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

2. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการ เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) เกี่ยวกับโรค และการดูแลสุขภาพด้วยการสื่อสารที่น่าสนใจ สื่อด้วยภาพ และเสียงที่ชัดเจนเข้าใจง่าย มีการนำเสนอข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางที่หลากหลาย โดยเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนในทุกสถานะสุขภาพ เช่น พยาบาลอาจตั้งกลุ่มไลน์ หรือเฟสบุ๊คสำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูลในการป้องกันการระบาด COVID-19 โดยมีพยาบาลชี้แนะให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้ง

พยาบาลชุมชนประเมินความเข้าใจหลังได้รับข้อมูล หากพบว่าประชาชนเข้าใจไม่ถูกต้องพยาบาลชุมชนควรอธิบายใหม่ และอาจติดตามสอบถามทางโทรศัพท์ หรือไปเยี่ยมบ้าน ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของตนเอง หรือการเรียนรู้ตัวแบบ โดยใช้เทคนิคการลงมือปฏิบัติการฝึก ทักษะ การอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง เป็นต้น

3. ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการป้องกันการระบาด COVID-19 เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนที่สามารถเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สื่อสารให้บุคคลอื่นได้ทราบ เช่น สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับชุมชน เป็นผู้กระตุ้นให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน รวมทั้งโดยมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขยายผลในประชากรกลุ่มอื่น ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้หลักการ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยใช้เทคนิค การอรรถาธิบายปฏิบัติการ การแสดง บทบาทสมมุติ การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น

4. ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) กระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนเกิดการตัดสินใจไปในทางที่ดีขึ้นด้วยตนเอง โดยอาศัยข้อมูลที่ได้รับความเข้าใจจนสามารถสื่อสารออกมาได้ รวมทั้งเสริมพลังการเรียนรู้ เน้นให้ประชาชนในชุมชนรับรู้ในความสามารถของตน โดยใช้ประสบการณ์ของตนเองมาคิดวิเคราะห์แนวทางที่ควรปฏิบัติ ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้หลักการ การเรียนรู้จากตัวแบบ และการ

กระตุ้นอารมณ์ (Emotional persuasion) ที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้เทคนิค การคิดวิเคราะห์ การลงมือปฏิบัติ เป็นต้น

5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) เมื่อพบว่าประชาชนในชุมชนกลุ่มใดได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลชุมชนควรชี้แจงความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนได้เกิดการคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบถึงวิธีการเลือกรับสื่อที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนได้เกิดการคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบถึงวิธีการเลือกรับสื่อที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยประเมินถึงความถูกต้องน่าเชื่อถือ ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของตนเอง หรือการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อต่าง ๆ หรือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อ เป็นต้น

6) ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counselor) กับประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพต่างๆ โดยมีความเชื่อมั่นว่าประชาชนในชุมชนทุกคนสามารถปฏิบัติตามแผนที่ได้ตัดสินใจไว้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนรวมทั้งแสดงบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ (advocator) โดยเป็นสื่อกลางให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการตรวจ รักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สิทธิในการได้รับการดูแลเยียวยาจากรัฐบาล และสิทธิอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยประยุกต์ใช้หลักการการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง

หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการคิดวิเคราะห์ การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น

สรุปผลการวิจัย

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะเศรษฐกิจสังคมเป็นอย่างมาก พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวคิดที่น่าสนใจเนื่องจากเป็นกระบวนการที่พัฒนาให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับปรับใช้ และบอกต่อเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรที่สามารถมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้โดยใช้บทบาทพยาบาลชุมชน ภายใต้นโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทั้งนี้กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และประชาชนในพื้นที่ ตั้งแต่ร่วมกันศึกษาชุมชน วางแผนและจัดทำแผนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพชุมชน มีจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพที่หลากหลายรูปแบบ รวมทั้งมีการสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน มีการเฝ้าระวังสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และนำผลการเฝ้าระวังไปใช้ในการปรับกิจกรรมและประเมินผล ซึ่งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพดีขึ้นและพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นต้นแบบชุมชนส่งเสริมสุขภาพและขยายการดำเนินงานไปพื้นที่อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เล่มที่ 2). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2565 จาก <http://35.190.29.12/uploads/publish/1167320210804081719.pdf>
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.PDF>
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและดูแลตัวเองในสถานการณ์โรคโควิด 19. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1173420210903054846.pdf>
5. ปิยะนุช จิตตุนันท์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. การพยาบาลสุขภาพชุมชน : มิติการจัดบริการ. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา ; 2559.
6. วไลลา ดิษสระ และบุญประจักษ์ จันทรวิน. พยาบาลกับการจัดการป้องกันและการควบคุมการระบาด COVID-19 ในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาคทรทัศน์; 2563, 8(12). p. 89-104.
7. จิระภา ขำพิสุทธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2021, 7.04: 17-17.
8. นวพร วุฒิธรรม พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ และสุภาพร เขยชิด. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564, 49(1). p. 340-352.
9. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2565 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650301194159PM_CPG_COVID-19_v.20.4_N_20220301.pdf
10. พานทิพย์ แสงประเสริฐ. แนวคิดและหลักการพยาบาลอนามัยชุมชน. ใน: ลักสรดา หนู่มคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด; 2555.
11. อรวรรณ นามมนตรี. (2018). ความ รอบรู้ ด้านสุขภาพ (Health literacy). *Thai Dental Nurse Journal*; 2018, 29(1). p. 122-128.
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*; 2008, 67(12). p. 2072-2078.
13. Mancuso J. M. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*; 2008, 10(3). p. 248-255.

14. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*; 2016, 30(5). p. 315-321.
15. สิรินันท์ ชูเชิด นภาพร วาณิชกุล สุพร ดนัยคุชฎีกุล และชัยวุฒิ ยศธาสโรดม. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*; 2559, 34(1). p. 94-106.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*; 2000, 15(3). p. 259-267.
17. แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*; 2016, 25(3). p. 43-54.
18. Manganello J. A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*; 2008, 23(5). p. 840-847.
19. กรมควบคุมโรค. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>
20. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*; 1977, 84 (2). p. 191-215.
21. ชัยณัฐ สุรพิชญพงศ์ และสุชัย สุรพิชญพงศ์. การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): แนวคิดและแนวทางปฏิบัติ. *Journal of Psychology*; 2021, 19(1). p. 68-88.

Received: 19 Jul 2022, Revised: 5 Aug 2022

Accepted: 10 Aug 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทความวิชาการ การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 แต่ละโดส

ปริญญ์ ณรงค์ตะณุล^{1*}, ปาริชาติ ณรงค์ตะณุล²

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดและมีการกลายพันธุ์ต่อเนื่อง แต่ยังมีผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับไม่ครบ หรือไม่ให้ความสำคัญ การรับโดสกระตุ้นอยู่จำนวนมาก บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดสแรก, โดสที่ 2 และ โดสกระตุ้น และเพื่อทราบความสำคัญของการรับวัคซีนโดสกระตุ้น โดยรวบรวมข้อมูลการศึกษาจากรายงานของหน่วยงานสาธารณสุขของไทยและเอกสารต่างประเทศที่เกี่ยวกับการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 หลังการได้รับวัคซีนแต่ละโดส ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร่างกายจะเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันได้ตั้งแต่หลังการรับวัคซีนโดสแรก แต่แอนติบอดีที่เกิดขึ้นมีระดับไม่สูงและคงระดับอยู่ได้ไม่นาน หลังการได้รับวัคซีนโดสที่ 2 ส่วนใหญ่จะมีระดับแอนติบอดีที่สูงขึ้นและเพียงพอ แต่ระดับภูมิคุ้มกันก็จะเริ่มลดลงหลังจากนั้น 3-4 เดือน เพราะฉะนั้นการรับวัคซีนโดสกระตุ้นในเวลาที่เหมาะสมจึงให้ประโยชน์ในแง่ของการเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคให้สูงเพียงพอในการป้องกันและคงระดับอยู่ได้นานขึ้น จึงแนะนำให้รับวัคซีนอย่างน้อย 3 โดสโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว ในสถานการณ์การระบาดที่ยังไม่สิ้นสุดและมีการกลายพันธุ์ของไวรัสที่สามารถหลบหลีกระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ จำเป็นที่จะต้องได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นเกิน 1 โดส แม้ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ที่ใหม่กว่าได้ แต่วัคซีนยังคงมีประสิทธิภาพช่วยลดอาการป่วยที่รุนแรงและอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ จึงแนะนำให้เข้ารับวัคซีนอย่างน้อย 3 โดส และควรเป็นวัคซีนชนิด mRNA เนื่องจากพบการกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่สูงกว่า

คำสำคัญ: วัคซีน, โดสกระตุ้น, โควิด-19, ระดับภูมิคุ้มกัน

¹ (พ.บ.) (อ.ว. โสต คอ นาสิกวิทยา) (ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว)

² โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา,

*Corresponding author: npatipa@hotmail.com

Original Article

Immune response after receiving Covid-19 vaccination

Prinn Narongtanupol¹ Parichat Narongtanupol²**Abstract**

The outbreak of coronavirus disease 2019 have existed over a period of time, allowing the emergence of several novel variants to happen. However, there are a number of citizens who do not complete vaccination program or do not receive a booster dose. This article's purpose, therefore, is to review information regarding Immune response after receiving first dose, second dose, and booster dose of Covid-19 vaccination, as well as to acknowledge the importance of receiving a booster dose by gathering related study results from Thai health governments and international documents which discuss immunological response to *SARS-CoV-2* after each single dose. According to previous reports, in normal cases, an immune system of a human can be stimulated just after receiving the first dose, but the antibody level is relatively low and does not last long. After completing the vaccination course with a second dose, the adequate and long-lasting antibody level is acquired. However, the immune level drops within 3 to 4 months, so receiving a booster shot is necessitated in order to raise and maintain the antibody level. Booster doses are recommended, especially, for elderly people and those who have got an underlying disease. During the ongoing pandemic, more than one booster doses are essential. Despite the lack of certain prevention of new strains of *SARS-CoV-2*, vaccination still has significant efficiency in decreasing severe illness and death rate. Receiving at least 3 dose vaccination is recommended and mRNA vaccines are preferred as they provide relatively effective immune responsiveness.

Keyword: vaccination, booster, Covid-19, antibody level¹Triam Udom Suksa School

*Corresponding author: npatipa@hotmail.com

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ในปีพ.ศ.2562 และแพร่ระบาดไปทั่วโลกจนถึงปัจจุบัน ได้มีนำวัคซีนมาใช้เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางประชากร ปัจจุบันมีคำแนะนำให้เข้ารับวัคซีนอย่างน้อยครบ 2 โดสและสนับสนุนให้เข้ารับโดสกระตุ้นเพิ่มเติม ยังมีประชาชนหลายรายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเลย บางส่วนรับไม่ครบ 2 โดส หรือไม่รับโดสกระตุ้น พบว่าประชากรไทย 41.99% เท่านั้นที่เข้ารับวัคซีนกระตุ้น¹ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ไม่ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหรือเข้าใจว่าได้รับ 1 หรือ 2 โดสก็เพียงพอแล้ว บางกรณีเข้าใจว่าการผ่อนคลายมาตรการต่างๆว่าการระบาดสงบลงแล้ว บางรายมีความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพหรือความปลอดภัยของวัคซีน หรือเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าพักอาศัยอยู่ในบ้านตลอดเวลาจึงไม่น่ามีโอกาสเป็นโรคนี้ได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่แต่ในที่พักอาศัย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นมีเพียง 37.2% เท่านั้น ในขณะที่ผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวและไม่ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้น¹ นอกจากนี้การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีรูปแบบแตกต่างจากหลายประเทศ กล่าวคือในประเทศไทยจะเป็นรูปแบบคละชนิดวัคซีนโดยโดสแรกมักเป็นชนิดเชื้อตาย ส่วนโดสที่ 2 เป็นชนิดเชื้อตายหรือ Viral vector ส่วนในประเทศฝั่งตะวันตก วัคซีนที่ใช้ 2 โดสแรกมักจะเป็นชนิด mRNA หรือ Viral vector จึงควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลประสิทธิภาพการใช้วัคซีนในรูปแบบนี้ด้วย เพราะส่วนใหญ่การวิจัยเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในมนุษย์เป็นการประเมินในต่างประเทศและมีตัวอย่างจำกัด ทำให้ไม่ทราบถึงประสิทธิผลในคนไทย ในปัจจุบันมีการระบาดของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ใหม่ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

ในบทความวิชาการนี้ได้รับรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาการตอบสนองทางภูมิคุ้มของร่างกายหลังจากได้รับวัคซีนโดสแรก โดสที่ 2 และโดสกระตุ้น ตลอดจนผลการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆของวัคซีนแต่ละโดสที่มีต่อระดับภูมิคุ้มกัน จากรายงานของหน่วยงานสาธารณสุขของไทยและวารสารต่างประเทศ

เพื่อแสดงให้เห็นทราบผลการตอบสนองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แต่ละโดส เพื่อทราบถึงประโยชน์ของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในด้านต่างๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือการป้องกันการแพร่เชื้อ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับมาตรการควบคุมโรค เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม หรือการจำกัดการเดินทาง เป็นต้น และเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการวางแผนฉีดวัคซีนให้ครบและให้ความสำคัญกับการเข้ารับวัคซีนโดสกระตุ้นเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ, การเจ็บป่วยรุนแรง ตลอดจนลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส *Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus2 (SARS-CoV-2)* ซึ่งเป็นไวรัสชนิด RNA มีขนาด 29,903 นิวคลีโอไทด์ อยู่ใน Order: *Nidovirales*, Family: *Coronaviridae*, Subfamily: *Coronavirinae*, Genus: *Betacoronavirus* เชื้อมีเปลือกหุ้ม (enveloped virus) เปลือกหุ้มไวรัสชนิดนี้เป็นไขมัน มีส่วนของไกลโคโปรตีนเป็นปุ่มยื่นออกมาจากชั้นเปลือกเรียกว่า Spike ซึ่งมี RBD (Receptor binding domain) อยู่บนโปรตีนของส่วนหนาม เป็นส่วนสำคัญในการที่ไวรัสใช้จับกับตัวรับ Angiotensin converting enzyme II (ACE II) บนผิวเซลล์มนุษย์ ส่วนใหญ่ไวรัสแพร่กระจายโดยผ่านละอองฝอยขนาดใหญ่ (Droplet) และละอองฝอยขนาดเล็ก (Droplet nuclei หรือ Aerosol) เข้าสู่ทางเดินหายใจ เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สามารถแพร่กระจายจากละอองน้ำมูกและน้ำลายของผู้ป่วยซึ่งละอองฝอยเกิดจากการไอ จาม ตะโกน พูด ในระยะไม่เกิน 2 เมตร ละอองฝอยขนาดเล็กอาจล่องลอยในอากาศไปได้เกินกว่า 5 เมตร ผู้รับเชื้อในกรณีนี้ส่วนใหญ่ได้รับจากการอยู่ในสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท แออัด เป็นเวลานานเช่นสนามมวย ในผับ คาเฟ่เป็นต้น หากละอองดังกล่าวเกาะอยู่ตามพื้นผิวต่างๆ เช่น สิ่งของสาธารณะก็อาจทำให้เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 แพร่กระจายได้ แต่พบว่าไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างเมื่อเทียบการแพร่จากทางเดินหายใจสู่ทางเดินหายใจโดยตรง โดยเชื้อไวรัสเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะ

เพิ่มจำนวนในทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุให้เกิดกระบวนการการอักเสบอย่างรุนแรงในปอด และกระตุ้นการหลั่งไซโตไคน์ (Cytokines storm) เกิดการทำลายเซลล์ปอด ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถยับยั้งเชื้อได้ทัน อาจทำให้ระบบหายใจล้มเหลวในที่สุด⁴ การแพร่ระบาดได้กระจายไปทั่วโลก สถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกสะสมจนถึง6เดือนแรก พ.ศ.2565 พบว่ายอดผู้ติดเชื้อ552,610,002ราย อาการรุนแรง 36,830ราย รักษาหายแล้ว 527,796,147ราย เสียชีวิต 6,357,964ราย² ในประเทศไทยพบว่ามีจนถึง1กรกฎาคม2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,525,269ราย³

ระยะฟักตัวของโรคโควิด-19 ข้อมูลจากผู้ป่วย 1,099ราย ในโรงพยาบาล 522แห่งพบว่า ระยะฟักตัวของโรคโควิด-19 โดยทั่วไปคือ 14 วัน(98%ขึ้นไป) โดย50% มีระยะฟักตัว 3วัน 50%ของผู้ป่วยหนักมีระยะฟักตัวสั้นกว่าคือ 2 วัน พบว่ามี14รายจาก1,099รายที่มีระยะฟักตัว 15-24วัน มี1รายที่มีระยะฟักตัว 24วัน⁴

ลักษณะอาการของโรคโควิด-19 โดยทั่วไปมี อาการอยู่บ้าน 3-7 วัน อาการได้แก่มีไข้ ไอ มีเสมหะ อ่อนเพลีย ไม่รับกลิ่นและรส อาจเจ็บหน้าอกเนื่องจากปอดถูกทำลาย หายใจลำบากและเสียชีวิตได้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง 80%ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย 15%มีอาการชัดเจน 5%มีอาการรุนแรง บางรายมีอาการเจ็บคอ มีน้ำมูก อาการระบบทางเดินอาหาร⁴ หรือระบบอื่นเช่นผื่น ตาแดง⁵

ภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 นอกจากความผิดปกติของระบบต่างๆขณะติดเชื้อแล้ว พบว่าหลังการเจ็บป่วยมีภาวะปอดเป็นพังผืดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต⁴ หรือเกิดความผิดปกติของระบบต่างๆ เรียกว่า Long Covid อีกด้วย โดยปกติแล้วโรคโควิด-19 นั้นมักจะหายไปโดยไม่ทิ้งสัปดาห์หลังการติดเชื้อ แต่หลายรายหลังจากไม่พบการติดเชื้อแล้วยังมีอาการอยู่ เป็นผลกระทบอาจยาวนานหลายสัปดาห์ ได้แก่อ่อนเพลียเหนื่อยล้า(58%) ผม่ว(25%) หายใจติดขัด(24%) ไอ-จาม(19%) ปวดข้อปวดเข่า(19%) แน่นหน้าอก(16%) คลื่นไส้(16%) หูตึงเวียนคลื่น

(15%) ระบบทางเดินอาหาร(12%) ชูบผอม(12%) ปวดลำ 11%) หนาวสั่น(7%) ตาแดง(6%) ความดันโลหิตสูง(1%)⁶

อัตราเสียชีวิตของโรคโควิด-19ทั่วโลก ณ 1 กรกฎาคม2565 อยู่ที่ 1.16%⁷ เป็นที่น่าพิจารณาว่าอัตราเสียชีวิตลดลงจากเมื่อเริ่มการระบาดใหม่ๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการตื่นตัวของประชากร การพัฒนาวัคซีน รวมทั้งการกลายพันธุ์ของไวรัสที่มีความรุนแรงน้อยลง อย่างไรก็ตามพบว่าแม้สายพันธุ์ที่ระบาดปัจจุบันคือสายพันธุ์ *Omicron* จะมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ แต่กลับพบว่าการแพร่กระจายของการระบาดเกิดง่ายขึ้น และมีการกลายพันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์ย่อย พบว่า2เดือนแรกปี2565 ซึ่งอยู่ในระยะการระบาดของสายพันธุ์ *Omicron* 94%ของผู้ที่เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง⁸ พบว่าเดือนตุลาคมพ.ศ.2564 อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุคิดเป็น60%จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด แต่พบว่าอัตราเสียชีวิตของกลุ่มอายุนี้น้อยๆเพิ่มขึ้นในระยะการระบาดของสายพันธุ์ *Omicron* โดยเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ที่ 71.4% และกลุ่มวัยรุ่น พ.ศ.2565เพิ่มขึ้นเป็น 89.5%⁸

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การป้องกันเป็นวิธีลดอุบัติการณ์ของโรคที่ดีที่สุด ก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มนุษย์ยังไม่เคยมีภูมิคุ้มกันเฉพาะต่อเชื้อไวรัส *SARS-CoV-2* มาก่อน การฉีดวัคซีนนับเป็นทางเลือกหลักในการป้องกัน โดยวัคซีนกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันเฉพาะต่อเชื้อและป้องกันการเกิดอาการรุนแรงได้ หลักการคือการจำลองการติดเชื้อที่ก่อโรคเป็นการกระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อเชื้อก่อโรคนั้นๆในร่างกาย ส่งผลให้หากได้รับเชื้อชนิดนั้นอีก ระบบภูมิคุ้มกันสามารถจดจำและกำจัดเชื้อนั้นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว วัคซีนแต่ละชนิดมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยในการเลือกใช้ในแต่ละราย ปัจจุบันวัคซีนที่มีการนำมาใช้ป้องกันโรคโควิด-19 มี 4 ประเภทประกอบด้วย

1.วัคซีนเชื้อตาย (Inactivated vaccine) วิธีพัฒนาวัคซีนใช้เทคนิคดั้งเดิมคล้ายกับวัคซีนที่มีใช้กับโรคอื่นๆ จำนวนมากเช่นวัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด การผลิตวัคซีนเชื้อตายอาศัยการเพาะเชื้อไวรัสจำนวนมาก

ต้องการสถานที่ที่มีความปลอดภัยสูง ค่าใช้จ่ายในการผลิตสูง ข้อดีคือเป็นไวรัสที่ไม่ก่อโรคจึงปลอดภัย สามารถใช้ในผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำได้ อาการข้างเคียงน้อย ได้แก่วัคซีน *Sinovac* , วัคซีนจากบริษัท *Sinopharm* ซึ่งปัจจุบันผลิตจากประเทศจีน

2. วัคซีนชนิด ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) เป็นการนำยีนส์ของไวรัส เฉพาะส่วนกระตุ้นภูมิคุ้มกันแทนที่ไวรัสก่อโรคในมนุษย์เช่นอะดีโนไวรัส การพัฒนาวัคซีนดังกล่าวเคยมีการศึกษาและใช้ในมนุษย์แล้ว เช่น วัคซีนป้องกันโรคอีโบลา ข้อดีคือสามารถผลิตได้จำนวนมากอย่างรวดเร็ว ราคาไม่สูง และการเก็บรักษาใช้อุณหภูมิต่ำเย็นธรรมดา แต่เนื่องจากเป็นไวรัสที่ยังมีชีวิตจึงมีข้อจำกัดในผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่นวัคซีนจาก *Astra Zeneca*, *Johnson & Johnson*, *Sputnik V*

3. วัคซีนชนิดสารพันธุกรรมของไวรัส (mRNA) โดยการใช้ mRNA ให้เข้าเซลล์เพื่อกระตุ้นให้สร้างโปรตีนตามรูปแบบ mRNA ที่กำหนดไปกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูงมาก จึงสามารถป้องกันโรคได้สูง ยังเป็นเทคโนโลยีการพัฒนาวัคซีนที่ใหม่ ยังไม่มีการใช้ในมนุษย์อย่างแพร่หลายมาก่อนอาจเป็นที่ยังกังวลถึงผลข้างเคียงในระยะยาว และ RNA ในวัคซีนค่อนข้างสลายง่าย การนำเข้าสู่ร่างกายต้องถูกหุ้มด้วย nanolipid ต้องการสถานที่ผลิตและเทคนิคขั้นสูง แม้จะผลิตได้จำนวนมากแต่การเก็บรักษาให้คงสภาพต้องอาศัยอุณหภูมิที่เย็นจัด -20 องศา ถึง -70 องศา เป็นอุปสรรคในการขนส่ง

4. วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine) เป็นวัคซีนที่ใช้กระบวนการผลิตที่แพร่หลาย มีการใช้ผลิตวัคซีนอื่นๆ เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น เป็นการนำโปรตีนของเชื้อไวรัสผสมกับสารกระตุ้นภูมิคุ้มกันเข้าสู่ร่างกาย เพื่อกระตุ้นการสร้างแอนติบอดีที่จำเพาะและมีประสิทธิภาพป้องกันโรคได้ เช่น *Novavax* ข้อมูลการรับวัคซีนจนถึงครึ่งปีแรกของ 2565 พบว่าอัตราประชากรโลกได้รับวัคซีนแล้วอย่างน้อย 1 โดส 66.69% และอัตราได้รับวัคซีนครบ 2 โดส 61.16 % ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นแล้ว 21.04% ไข่วัคซีนไปแล้ว 12.12

พันล้านโดส ส่วนไทยมีประชากรได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 โดส จำนวน 56.7 ล้านราย (81.07%) 75.62% ของประชากรฉีดครบแล้วสองโดส (52.9 ล้านราย) มีผู้ที่ได้รับโดสกระตุ้นแล้ว 41.99% ไข่วัคซีนแล้วทั้งหมด 198 ล้านโดส²

ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 โดยกลไกของระบบภูมิคุ้มกันเมื่อถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อหรือการได้รับวัคซีน จะมีการตอบสนองของ 2 กลไกหลัก คือ

- 1) Humoral Immune Response** เป็นการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในซีรัมเรียกว่า Antibody โดยเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีบทบาทหลักคือ B Lymphocytes เมื่อมีแอนติเจนจากเชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย มาจับกับ B Lymphocytes จะเปลี่ยนแปลงเป็น Plasma cells แอนติบอดีที่จำเพาะกับแอนติเจนชนิดนั้นออกมา เรียกว่า Immunoglobulin (Ig) ซึ่งมี 5 ชนิด คือ IgM IgG IgA IgD IgE และยังมี B lymphocytes บางส่วนเปลี่ยนแปลงเป็น Memory B cells ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำแอนติเจน เมื่อได้รับแอนติเจนตัวเดิมอีก Memory B cells จะเปลี่ยนไปเป็น Plasma cells สร้างแอนติบอดี เข้าสู่ระบบไหลเวียนได้เร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าครั้งแรก ซึ่งเป็นหลักการของการให้วัคซีน
- 2) Cell-Mediated Immune Response** เป็นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันโดยอาศัยเซลล์ ซึ่งเมื่อมีเชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมเข้ามาภายในร่างกาย เซลล์ชนิด Macrophages จะจับสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคเข้าสู่ภายในเซลล์และเซลล์จะเปลี่ยนแปลงเป็น Antigen Presenting Cells เพื่อกระตุ้น Helper T cells ให้หลั่งสาร Cytokine ต่างๆ ไปกระตุ้นเม็ดเลือดขาวทั้ง Macrophages และ Granulocytes ให้จับกินเชื้อโรคได้ดีขึ้น และ Cytokine บางตัวจะไปกระตุ้น B lymphocytes ที่รับรู้แอนติเจนดังกล่าว ให้มีการเพิ่มจำนวนและเปลี่ยนแปลงเป็น Plasma cell เพื่อสร้างแอนติบอดีที่จำเพาะกับแอนติเจนนั้นขึ้น นอกจากนี้ Helper T cells ที่ถูกกระตุ้นแล้วจะกลายเป็น Cytotoxic

T lymphocytes ซึ่งทำหน้าที่สำคัญคือกำจัดเซลล์ที่มีเชื้อโรคอยู่ภายในเซลล์ (Infected cells) โดยทำงานร่วมกับ Natural Killer cells (NK cells) ร่างกายจะเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหลังจากได้รับเชื้อหรือได้รับวัคซีนไปแล้ว 7-14 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีภูมิคุ้มกันที่ตรวจพบได้ตั้งแต่ 10-21 วันนับจากวันที่แสดงอาการ การตรวจภูมิคุ้มกันของหลังฉีดวัคซีนแนะนำให้ตรวจหลังจากได้รับวัคซีนครบโดสแล้ว 14-28 วัน แต่ไม่ควรเกิน 3 เดือนเพราะระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้ออาจลดลงได้

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อ SARS-CoV-2 มี 2 ประเภท

1. การตรวจ Binding antibody หรือ Bab ซึ่งเป็นแอนติบอดีที่ร่างกายสร้างขึ้นจากการได้รับเชื้อ หรือการได้รับวัคซีน โดยจะมีปฏิกิริยาจับกันอย่างจำเพาะระหว่างแอนติเจนของเชื้อ กับแอนติบอดีจากเม็ดเลือดขาวในร่างกายที่ทำหน้าที่กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันสำหรับกำจัดไวรัส แต่แอนติบอดีชนิดนี้ไม่สามารถยับยั้งการเข้าเซลล์และการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้ ซึ่งการตรวจแบบนี้จะแบ่งชุดตรวจแอนติบอดีออกเป็น 3 ชนิด^[9] คือ

1.1. Rapid antibody test ที่เรียกว่า ชุดตรวจหาแอนติบอดีแบบรวดเร็ว เป็นการตรวจหาปริมาณ IgG และ IgM เชิงคุณภาพ แปรผลว่า มี/ไม่มีแอนติบอดีต่อ SARS-CoV-2 Spike RBD

1.2. Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) สามารถตรวจได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตรวจหาแอนติบอดีต่อ SARS-CoV-2 Spike RBD ได้ทั้งแบบรวม หรือ แยก IgG / IgM / IgA

3. Electrochemiluminescence Immuno Assay (ECLIA) เป็นการตรวจแอนติบอดีต่อ Spike RBD ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ได้ทั้งแบบรวม หรือ แยก IgG / IgM / IgA เป็นการตรวจเชิงปริมาณซึ่งมีค่าอ้างอิงระดับระดับภูมิคุ้มกันรวม ดังนี้^[10]

น้อยกว่า 0.8 U/ml แปรผลว่า ไม่พบแอนติบอดีต่อ Spike RBD

0.8 U/ml ขึ้นไป แปรผลว่า พบแอนติบอดีต่อ Spike RBD

15 U/ml ขึ้นไป แปรผลว่า พบแอนติบอดีต่อ Spike RBD อยู่ในปริมาณที่ความสอดคล้องกับ surrogate virus neutralization test ซึ่งสามารถยับยั้งไวรัสเข้าเซลล์ได้ 20% 132 U/ml ขึ้นไป แปรผลว่า พบแอนติบอดีต่อ Spike RBD ในระดับที่สูงมาก สามารถบริจาคพลาสมาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ได้

2. การตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันด้านการติดเชื้อ SARS-CoV Neutralizing Antibody หรือ Nab เป็นการตรวจภูมิคุ้มกันที่มีคุณสมบัติในการยับยั้งการเข้าเซลล์ของไวรัส มีความแม่นยำสูง เป็นวิธีมาตรฐานในการทดสอบประสิทธิภาพของวัคซีน สามารถบ่งชี้ว่ามีภูมิคุ้มกันป้องกันการติดเชื้อหรือไม่ เป็นวิธีที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการเพาะเลี้ยงเซลล์และไวรัส มักทำในการวิจัย เป็นการตรวจเชิงกึ่งปริมาณ บอกผลเป็นร้อยละของการยับยั้งไวรัสโดย⁹ โดยค่า Neutralizing Antibody ที่มากกว่าร้อยละ 30 ถือว่ามีความสามารถในการยับยั้งไวรัสได้

ระเบียบวิธีวิจัย

บทความวิชาการนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล TCI รายงานจากหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศไทย สถาบันวิจัยประสิทธิภาพวัคซีนในต่างประเทศ โดยคัดเลือกเอกสารรายงานที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของวัคซีนแต่ละโดส

การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด-19

เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ก่อนการระบาดของโรคนั้นมนุษย์ยังไม่มีภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคที่จะป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในร่างกาย การแพร่ระบาดของโรคช่วงก่อนเริ่มการพัฒนาวัคซีนมีอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตสูงกว่าช่วงที่มีวัคซีนแล้ว หลายการศึกษาพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่มีประวัติได้รับวัคซีน กรมควบคุม

โรครายงานผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต ($n = 13,637$) 84.8% ไม่มีประวัติเคยได้รับวัคซีน (11,563 ราย)³ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินรายงานผู้เสียชีวิตพบว่าเป็นผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนถึง 52% โดยประมาณ 80%ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งในกลุ่มนี้ 60% ไม่ได้รับวัคซีน ชี้ให้เห็นว่าการรับวัคซีนช่วยลดการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้⁸

1.การตอบสนองที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับวัคซีนโดสแรก เมื่อได้รับวัคซีนในครั้งแรก ระบบภูมิคุ้มกันจะตอบสนองมีการสร้างแอนติบอดีและกระตุ้น T cell ซึ่งมีบทบาทสนับสนุนระบบความจำของภูมิคุ้มกัน การศึกษายืนยันประโยชน์ของการฉีดวัคซีนที่เกิดขึ้นตั้งแต่โดสแรก โดยผู้เชี่ยวชาญไวรัสวิทยาได้ศึกษาในผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 และไม่เคยได้รับวัคซีนเลย ผลเลือดระดับแอนติบอดีต่อเชื้อด้วยวิธี ECLIA พบว่าทุกรายตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อเมื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนชนิด Viral Vector (Astra Zeneca) แล้ว 4 สัปดาห์ ผลตรวจเลือดพบแอนติบอดี 71 ใน 73 ราย (97.26%) โดยพบมีระดับเฉลี่ย 47.5 U/mL ทำนองเดียวกันกลุ่มที่ได้รับวัคซีน โดสแรกด้วยวัคซีนชนิดเชื้อตาย (Sinovac) โดยพบว่าก่อนได้รับวัคซีน ตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อเช่นกัน หลังฉีดโดสแรก 3 สัปดาห์ 65.96% (124 ใน 188 ราย) พบแอนติบอดีและมีค่าเฉลี่ย 1.9 U/mL ส่วนในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อโดยธรรมชาตินั้น 92.4% (243 ใน 263) รายพบว่าระดับแอนติบอดีเฉลี่ยหลังการติดเชื้อ 4-8 สัปดาห์คือ 60.9 U/mL ดังตารางที่ 1¹¹ ส่วนต่างประเทศซึ่งใช้วัคซีนโดสแรกเป็นวัคซีนชนิด mRNA ได้มีรายงานใน 237 ราย (113 รายเคยติดเชื้อ, 124 รายไม่เคยติดเชื้อ) พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ ($n = 124$) หลังการรับวัคซีนโดสแรกชนิด mRNA (Pfizer) ไป 28 วัน 99% ตรวจพบมีการกระตุ้นแอนติบอดีและการตอบสนองของ T cell มีระดับเท่าหรือสูงกว่าผู้ที่เคยติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับวัคซีน¹² Polack ได้ศึกษาในประชากรขนาดใหญ่ (43,448 ราย) โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับวัคซีนโดสแรกชนิด mRNA (Pfizer) 21,720 ราย และกลุ่มที่ได้รับวัคซีนหลอก 21,728 ราย พบว่าประสิทธิภาพหลังการฉีดวัคซีนโดสแรกอยู่ที่ 52% (29.5 - 68.4%) โดยภูมิคุ้มกันเริ่มตั้งแต่ 12 วันหลังได้รับวัคซีนโดสแรก

¹³ การศึกษาช่วยยืนยันว่าการได้รับวัคซีนโดสแรกช่วยลดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ โดยสถาบัน Clalit ได้รวบรวมข้อมูลผู้ที่ได้รับวัคซีน 600,000 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับวัคซีน 600,000 ราย พบว่า 14 วันหลังการได้รับวัคซีนโดสแรก อัตราการเจ็บป่วยลดลง 57% อัตราการเจ็บป่วยรุนแรงลดลง 62% และอัตราการเสียชีวิตลดลง 72% และหลัง 21-27 วันมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง 66% การเจ็บป่วยรุนแรงลดลง 80% และอัตราการเสียชีวิตลดลง 84%¹⁴ วัคซีนโดสแรกสามารถช่วยลดการติดเชื้อในผู้สูงอายุได้ โดยสถาบันวิจัยนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนโดสแรก 200,000 ราย ติดตามไป 14 วันและ 17 วัน พบว่ามีพบการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยลดลง 33% (เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุเดียวกันที่ไม่ได้รับวัคซีน 200,000 ราย)¹⁵ อย่างไรก็ตามระดับภูมิคุ้มกันที่พบหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดสแรกยังไม่สูงพอที่จะยับยั้งการติดเชื้อได้ ยังพบมีการติดเชื้อ, การเจ็บป่วยที่รุนแรงและการเสียชีวิตสูงอยู่ในกลุ่มผู้ที่ได้รับวัคซีนเพียงโดสเดียว กรมควบคุมโรค รายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต พบว่า 14.4% มีประวัติได้รับวัคซีนแล้ว 1 โดส (1,967 ราย)³

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาระดับแอนติบอดีเฉลี่ยในกลุ่มอาสาสมัครที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยธรรมชาติ และกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ SARS-CoV-2 ที่ได้รับวัคซีนโดสแรก

กลุ่มตัวอย่าง	วัคซีนโดสแรกที่ได้รับ	ระยะเวลาที่ตรวจ (สัปดาห์)	ตรวจพบภูมิคุ้มกันร้อยละ	ระดับแอนติบอดีที่ตรวจพบโดยเฉลี่ย (U/mL)
เคยติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยธรรมชาติ (n=263)	-	4-8	92.40	60.9
ผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อ SARS-CoV-2 (n=261)	Virus vector (n=73)	4	97.26	47.5
	วัคซีนเชื้อตาย (n=188)	3	65.96	1.9

ที่มา: ยง ภู่วรรณ. ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สรุปประสิทธิภาพกระตุ้นภูมิคุ้มกันโดยของวัคซีนโควิด-19 ในไทย¹¹

ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้วัคซีนโดสแรกไม่เพียงพอในการป้องกันโรคป้องกันโรค

1. วัคซีนที่แตกต่างกัน วัคซีนบางชนิดให้ผลการกระตุ้นการสร้างแอนติบอดีระดับต่ำในโดสแรกเช่นวัคซีนชนิดเชื้อตาย ผลจากการวัดระดับภูมิคุ้มกันหลังการรับวัคซีน Sinovac โดสแรกไป 3 สัปดาห์ในกลุ่มการศึกษา 188 รายพบว่า 65.96% เท่านั้นที่พบมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อและมีระดับภูมิคุ้มกันเฉลี่ยต่ำ (1.9 U/ml)¹¹ แม้จะมีรายงานในกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดใหญ่พบว่าประสิทธิภาพของวัคซีนชนิด mRNA (Pfizer) โดสแรกอยู่ที่ 52% (29.5 - 68.4%)¹³ แต่จากหลายรายงานพบประสิทธิภาพต่ำกว่านั้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ¹⁵ การได้รับวัคซีนโดสเดียวจึงไม่เพียงพอที่จะป้องกันโรคโดยเฉพาะการป้องกันอาการที่รุนแรง การศึกษาของ Polack ในผู้ที่ได้รับวัคซีนโดสแรกชนิด mRNA (Pfizer) ยังพบมีการติดเชื้อ 39 ราย (ซึ่งมีอาการรุนแรง 10 ราย) (n = 27,720) ในขณะที่กลุ่มที่

ได้รับวัคซีนหลอกมีการติดเชื้อ 82 ราย(มีอาการรุนแรง 9 ราย)
(n = 21,728)¹³

2.การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน
เพศและวัยอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองหลังต่อ
วัคซีน

2.1 การตอบสนองที่แตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย การศึกษาพบความแตกต่างในการตอบสนองหลังได้รับ
วัคซีนชนิด Viral vector หลังการได้รับวัคซีน 4 สัปดาห์ เพศ
หญิงตรวจพบแอนติบอดีทุกราย (42ราย) ในขณะที่ 93.55%
ของเพศชายพบแอนติบอดี ระดับแอนติบอดีเฉลี่ยในกลุ่มเพศ
หญิงสูงกว่าเพศชาย คือ 62.3 และ 32.9 U/mL ตามลำดับ¹¹

2.2 การตอบสนองที่ต่างกันโดยอายุที่ต่างกัน ปัจจัยด้าน
อายุก็อาจจะมีผลต่อการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหลังได้รับ
วัคซีนโดยพบว่าทุกราย (44ราย) ในกลุ่มอายุ 18-59ปีตรวจพบ
แอนติบอดี ขณะที่ 93.11% (27 ใน 29 ราย) ของกลุ่มอายุ
มากกว่า 60ปีที่ตรวจพบแอนติบอดี และกลุ่มอายุน้อยกว่า 60
ปีมีระดับแอนติบอดีเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มสูงอายุ คือ 67.2 และ
28.1 U/mL ตามลำดับ¹¹

3.การลดลงโดยธรรมชาติของระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อเวลา
ผ่านไปหลังการได้รับวัคซีนซึ่งเป็นไปตามกลไกของระบบ
ภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะเจาะจงในวัคซีนทุกชนิด ในการ
ตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันครั้งแรกนั้นระดับแอนติบอดีจะคงอยู่ใน
ระดับที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเป็นระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน
เท่าในการตอบสนองครั้งถัดไป¹⁶ และการกลายพันธุ์ของไวรัส
ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การได้รับวัคซีนเพียงโดสแรกนั้นไม่
เพียงพอ การศึกษาของ Delphin Penas ซึ่งศึกษาเมื่อมีการ
ระบาดจากสายพันธุ์ *Delta* แทนสายพันธุ์ *Alpha Beta* และ
Gamma ที่ระบาดก่อนหน้านี้ พบว่าผู้ที่หายป่วยจากสายพันธุ์
ก่อนหน้านี้มีความสามารถยับยั้งสายพันธุ์ *Delta* ได้น้อยกว่า
สายพันธุ์ *Beta* ถึง 4 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบภูมิคุ้มกันหลัง
ได้รับวัคซีนโดสแรก ชนิด mRNA หรือ Viral vector พบระดับ
ภูมิคุ้มกันยับยั้งต่อสายพันธุ์ *Delta* ในระดับต่ำหรือแทบไม่พบ
เลย หลังจากได้รับวัคซีนโดสที่สองการตอบสนองในการ
ป้องกันโรคเพิ่มขึ้น 95% อย่างไรก็ตามหลังการได้รับครบ 2

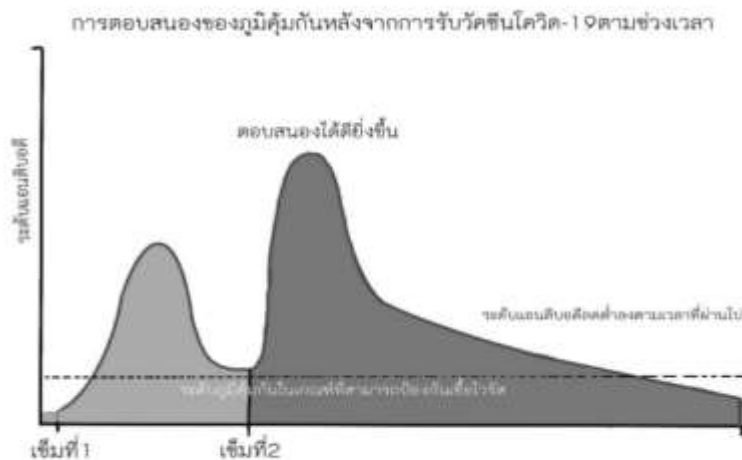
โดสก็ยังคงพบว่าป้องกันสายพันธุ์ *Delta* ได้น้อยกว่าสายพันธุ์
Beta 3-5 เท่า อธิบายว่าการกลายพันธุ์ของไวรัสสามารถหลบ
หลีกแอนติบอดีต่อ Spike protein ทั้งในส่วน RBD และ Non
RBD ได้¹⁷

**2. การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหลังจากได้รับวัคซีนโดสที่
สอง** การได้รับวัคซีนโดสที่ 2 มีความจำเป็นเพื่อให้ระดับ
ภูมิคุ้มกันสูงกว่และคงอยู่ได้นานกว่าโดสแรก(ภาพที่ 1)¹⁶
และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เคยติดเชื้อโดยธรรมชาติมาแล้ว
(n = 113) เมื่อได้รับวัคซีน mRNA 1 โดสพบระดับแอนติบอดี
สูงกว่าผู้ได้รับวัคซีนที่ไม่เคยติดเชื้อถึง 6.8 เท่า และมีการ
ตอบสนองของ T cell สูงกว่า 5.9 เท่า อธิบายได้ว่าการติดเชื้อ
ครั้งแรกทำให้มีร่างกายตอบสนองโดยการสร้างภูมิคุ้มกันตาม
ธรรมชาติ ต่อมาเมื่อได้รับวัคซีน 1 โดสจึงมีการตอบสนอง
คล้ายกับการได้รับโดสที่ 2 ทำให้มีระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าผู้ที่
ได้รับโดสแรกที่ไม่เคยติดเชื้อมาก่อน¹² ผู้เชี่ยวชาญไวรัสวิทยา
ได้ศึกษาพบว่า 99.49% มีระดับแอนติบอดีต่อเชื้อที่สูงขึ้นหลัง
ได้รับวัคซีนชนิดเชื้อตาย (*Sinovac*) 2 โดสห่างกัน 3 สัปดาห์
โดยระดับแอนติบอดีเฉลี่ยที่ 4 สัปดาห์หลังการรับวัคซีนโดสที่
2 เท่ากับ 85.9 U/mL (ศึกษาในผู้ไม่เคยติดเชื้อจำนวน 197
ราย)¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศที่รายงานผู้ที่ได้รับ
วัคซีนป้องกันโรค ชนิด mRNA (*Pfizer*) 2 โดสห่างกัน 23 วัน
พบการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อโรคสูงขึ้นกว่าหลังการได้รับ
โดสแรก¹² Polack ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 43,448 รายแบ่งเป็น
2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับวัคซีนชนิด mRNA (*Pfizer*) (n=21,720)
และอีกกลุ่มได้รับวัคซีนหลอก (n= 21,728) ในกลุ่มที่ได้รับ
วัคซีนครบ 2 โดส พบว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพของวัคซีนสูงถึง
95% (90.3 – 97.6) โดยเริ่มตั้งแต่หลังได้รับวัคซีน 7 วันเป็นต้น
ไป กลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบแล้วมี 8 รายที่ป่วยเป็นโรคโควิด-19
(อาการรุนแรง 1 ราย) ขณะที่ในกลุ่มได้รับวัคซีนหลอกพบป่วย
เป็นโรคโควิด-19 ถึง 162 ราย (อาการรุนแรง 4 ราย)¹³
การศึกษากลุ่มขนาดใหญ่โดยสถาบัน Clalit พบว่าประชากรที่
ได้รับวัคซีน 600,000 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้
รับวัคซีน 600,000 ราย สรุปว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพในการ
ป้องกันการติดเชื้อและการเจ็บป่วยที่รุนแรงในผู้ป่วยทุกอายุ

โดยหลังการฉีดวัคซีนโดสที่ 2 อัตราการป่วยลดลง 94% และการเจ็บป่วยรุนแรงลดลง 92%¹⁴ หลายการศึกษายืนยันว่าการได้รับวัคซีน 2 โดสมีส่วนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ โดยในกลุ่มผู้เสียชีวิตมีส่วนของผู้ที่ได้รับวัคซีนเพียงโดสเดียวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีน 2 โดส รายงานของกรมควบคุมโรคพบว่าผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต (n=13,637) 14.4% มีประวัติเคยได้รับวัคซีนเพียง 1 โดส (1,967 ราย) ในขณะที่มี 0.8% มีประวัติได้รับวัคซีนแล้ว 2 โดส (107 ราย)³ สำหรับโรคโควิด-19 ที่เกิดการระบาดจากสายพันธุ์ *Omicron* กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การรับวัคซีนครบ 2 โดสในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงช่วยป้องกันอาการรุนแรงและการเสียชีวิตได้ 54.8 และ 79.2% ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการได้รับวัคซีนครบ 2 โดสจะป้องกันการเสียชีวิตอยู่ที่ถึง 85-93% ในช่วงการระบาดของสายพันธุ์ *Omicron* นี้แต่ยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวได้ประสิทธิภาพเพียงพอโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีความเสี่ยง ผลประเมินประสิทธิผลของวัคซีนในกลุ่มผู้พบว่าการป้องกันการติดเชื้อหากได้รับ 2 โดสป้องกันได้ 4.1% เท่านั้นซึ่งต่ำมาก⁸ นอกจากนี้กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ระบุว่า มีรายงานผู้เสียชีวิตประมาณ 80% ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งในกลุ่มนี้ 29% ได้รับวัคซีนครบ 2 โดสแต่ไม่ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้น⁸

ภาพที่ 1 แสดงระดับภูมิคุ้มกันหลังจากการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดสที่ 1 และ โดสที่ 2



ที่มา; Cyra Patel et al. Should I get my COVID vaccine booster? Yes, it increases protection against COVID, including Omicron. The Conversation Academic Rigour Journalist Flair 2021¹⁶

ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้วัคซีน 2 โดสไม่เพียงพอในการป้องกันโรค

1. ชนิดของวัคซีนที่แตกต่างกันมีผลสร้างการตอบสนองที่ต่างกัน รายงานของแพรรอนได้ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบ 2 โดส 204 คน โดยจำแนกชนิดวัคซีนที่ได้รับในโดสแรกและโดสที่ 2 ทำการตรวจวิเคราะห์ระดับภูมิคุ้มกันชนิด spike

RBD พบว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนทั้งสองโดสด้วยวัคซีนเชื้อตาย (*Sinovac*) มีเพียง 18.3% เท่านั้นที่มีแอนติบอดีสูงกว่า 132 U/ml ในขณะที่กลุ่มวัคซีนอื่นไม่พบระดับต่ำกว่า 15 U/ml เลย โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับวัคซีน mRNA (*Pfizer*) อย่างน้อย 1 โดส มีอัตราการตรวจพบแอนติบอดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับวัคซีน *Pfizer* ในการศึกษาแล้วยังพบว่าในกลุ่มผู้ที่

ได้รับวัคซีน *Pfizer* อย่างน้อย 1 โดส มีระดับแอนติบอดีเกิน 132 U/ml ขึ้นไปมากกว่า 197.4 เท่า (95%CI = 23.2 – 1677) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน *Pfizer* ดังตารางที่ 2⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณชนพบว่าหลังการรับวัคซีน 4 สัปดาห์ 71.3% ของกลุ่มที่ได้รับวัคซีน *Sinovac* 2 โดส มีระดับ total Antibody ที่เกิน 132 U/ml ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับวัคซีน *AstraZeneca* ครบ 2 โดส มีระดับเกิน 132 U/ml¹⁸

2.อายุของผู้ได้รับวัคซีน ก็อาจเป็นปัจจัยในการตอบสนองต่อวัคซีน วชิราภรณ์ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนชนิดเชื้อตาย (*Sinovac*) 2 โดส (n=66) พบว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี มีระดับ IgG ต่อ Spike RBD เฉลี่ย 1,240.4 AU/ml สูงกว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งมีระดับ IgG ต่อ Spike RBD เฉลี่ย 723.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0004) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่าเพศหญิง (1089.6 AU/ml) และเพศชาย (884.2 AU/ml) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในค่าเฉลี่ยของระดับ IgG ต่อ Spike RBD (p=0.398)¹⁹

3.ระยะเวลาหลังจากได้รับวัคซีนก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับของภูมิคุ้มกันลดลง แม้ตามธรรมชาติของการได้รับวัคซีน โดสที่ 2 ที่ห่างจากโดสแรกในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้เกิดภูมิ

คุ้มกันที่ระดับสูงกว่าและนานกว่า อย่างไรก็ตามหลังการรับวัคซีนโดสที่ 2 ไปอีกระยะหนึ่งระดับภูมิคุ้มกันด้านทันท่วงทีจะลดลง¹⁶ การศึกษาหลังการรับวัคซีนเชื้อตาย (*Sinovac*) เปรียบเทียบระดับแอนติบอดีเฉลี่ยต่อ Spike RBD ที่เวลาหลังจากได้รับครบ 2 โดสไป 28 วัน, น้อยกว่า 50 วัน, และเกิน 50 วัน มีค่า 1,021.17 1212.1 และ 664.2 AU/ml ตามลำดับ ซึ่งระดับแอนติบอดีหลัง 50 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0001)¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาโดยวรรณชนซึ่งศึกษาของ *SARS-CoV-2* Neutralizing Antibody และ *SARS-CoV-2* total Antibody ใน 185 รายที่ได้รับวัคซีนครบสองโดส (*Sinovac* 60 ราย หรือ *Astra Zeneca* 78 ราย) แล้ว 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบมีระดับแอนติบอดีที่ลดลง ดังตารางที่ 3¹⁸ ประเทศไทยในช่วงการระบาดของสายพันธุ์ *Omicron* พบว่า 33% ของผู้เสียชีวิต (n = 88) ได้รับโดสที่ 2 ไปแล้วนานเกิน 3 เดือน⁸ ซึ่งอธิบายได้จากระดับภูมิคุ้มกันด้านทันท่วงทีลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อจะลดลงไป 18.5% และประสิทธิภาพในการลดอัตราการเสียชีวิตลดลงไป 8% ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Cyra)¹⁶

ตารางที่ 2 แสดงระดับแอนติบอดีต่อ Spike RBD แจกแจงตามชนิดของวัคซีนที่ได้รับในโดสแรกและโดสที่ 2 ตรวจวัดด้วยเครื่อง Elecsys Cobas e601 ตามหลักการ Electrochemiluminescence Immunoassay (ECLIA) (n = 204)

ชนิดของวัคซีน	ระดับแอนติบอดีต่อ Spike RBD (U/ml)		
	> 0.8–14.9	> 15	> 132
โดสแรก + โดสที่ 2			
SV + SV (n=164)	9/164	128/164	30/164
AZ + AZ (n=1)	-	-	1/1
PZ + PZ (n=27)	-	1	26

ชนิดของวัคซีน โดสแรก + โดสที่ 2	ระดับแอนติบอดีต่อ Spike RBD (U/ml)		
	> 0.8-14.9	> 15	> 132
SV + AZ (n=2)	-	1/2	1/2
SV + PZ (n=5)	-	-	5/5
AZ + PZ (n=5)	-	-	5/5

ที่มา: แพรพรรณ ภูริบัญชา และคณะ ระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 หลังการฉีดวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.2565;8(1):179-192 [SV =Sinovac] [AZ = Astra Zeneca] [PZ = Pfizer]

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบระดับ SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody (% Inhibition) ที่ตรวจวัดด้วยวิธี surrogate viral neutralization test (sVNT) ในเวลา 4 และ 12 สัปดาห์ หลังการรับวัคซีน Sinovac หรือ AstraZeneca ครบ 2 โดส

Sinovac			Astra Zeneca4		
4สัปดาห์ n = 94	12สัปดาห์ n = 90	p-value	4สัปดาห์ n = 91	12สัปดาห์ n = 79	p-value
% Inhibition			% Inhibition		
77.0 (58.5-87.9)	38.7 (22.1-55.7)	<0.001	90.4 (75.2-96.2)	58.8 (38.6-84.2)	<0.001

ที่มา: Watsamon Jantarabenjakul et al. Short-term immune response after inactivated SARS-CoV-2 vaccinations in health care workers. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology 2021¹⁸

3.การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหลังจากได้รับวัคซีนโดสกระตุ้น เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีการกลายพันธุ์ง่าย เกิดมีหลายสายพันธุ์ย่อย พบว่าเชื้อที่กลายพันธุ์สามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อหรือวัคซีนที่เคยได้ผลกับสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ได้ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของสายพันธุ์ *Omicron* มีการพบจำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 โดส แล้วมีการติดเชื้อมากขึ้นกว่าจากสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ แม้ว่าการได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นจะไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์ *Omicron* ได้ แต่การศึกษาพบว่ายังมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ หลายรายงานชี้ให้เห็นความสำคัญของวัคซีนโดสกระตุ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขของไทยแนะนำให้รับวัคซีนโดสที่ 3 ห่างหลังจากโดสที่ 2 ระยะเวลา 3 เดือน และพิจารณารับโดสที่ 4 เป็นต้นไปหลังจาก 4 เดือนไปแล้ว

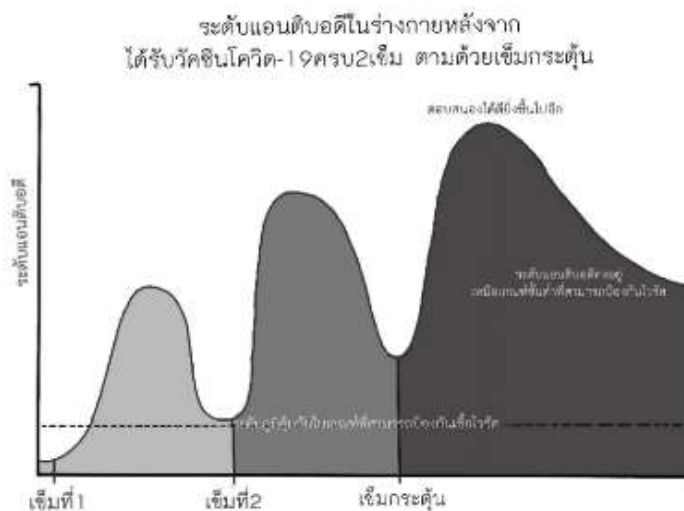
3.1 ระดับแอนติบอดีที่สูงกว่า การได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นพบว่ามีระดับแอนติบอดีต่อเชื้อสูงกว่า 2 โดสแรกและคงอยู่นานกว่า ดังภาพที่ 2¹⁶ สถาบันวัคซีนแห่งชาติสนับสนุนการให้รับวัคซีนโดสกระตุ้นเพราะนอกจากจะลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 99%

แล้วยังลดภาวะ Long Covid ได้อีกด้วย²⁰ Cyra Patel ระบุว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นมีอัตราการติดเชื้อที่ต่ำกว่าในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนสองโดสถึง 10 เท่าโดยมีระยะเวลาที่ฉีดกระตุ้นหลังโดสที่ 2 นาน 5 เดือนขึ้นไป¹⁶

3.2 ยังมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อได้ในบางราย และช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ กระทรวงสาธารณสุขรายงานประสิทธิภาพวัคซีนโดสที่ 3 ว่ามีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อได้ 48-84% ป้องกันการเสียชีวิตได้ 98% ส่วนโดสที่ 4 สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ 82% และยังไม่มียานการเสียชีวิต ในกลุ่มเสี่ยงพบว่าการรับวัคซีนโดสที่ 3 สามารถป้องกันการติดเชื้อ, การเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตได้ได้ 56, 88.1, 87% ตามลำดับ⁸ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับวัคซีนแล้ว 3 โดส สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ 31 เท่า¹

3.3 ความปลอดภัย ในแง่ความปลอดภัยวัคซีนโดสกระตุ้นพบของว่าชนิดและความถี่ของผลข้างเคียงไม่แตกต่างจากโดสแรกและโดสที่ 2 โดยมีความรุนแรงระดับน้อย-ปานกลางและมีระยะเวลานานกว่าโดสก่อนหน้า^{16,21}

ภาพที่ 2 แสดงระดับภูมิคุ้มกันหลังจากรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดสที่ 1 ,โดสที่ 2 และโดสกระตุ้น



ที่มา; Cyra Patel et al. Should I get my COVID vaccine booster? Yes, it increases protection against COVID, including *Omicron*. The Conversation Academic Rigour Journalist Flair 2021.

ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดข้อจำกัดของประสิทธิภาพวัคซีนโดสกระตุ้น

การกลายพันธุ์ของเชื้อ SARS-CoV-2 เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้จำเป็นต้องมีการรับวัคซีนโดสกระตุ้นมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และเชื้อ SARS-CoV-2 เป็น RNA Virus ซึ่งมีความสามารถในการกลายพันธุ์สูง และพบว่า การกลายพันธุ์เกิดได้ทั้ง ตำแหน่ง Spike RBD และ Non-RBD ทำให้หลบหลีกระบบภูมิคุ้มกันได้มากกว่าสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ ทำให้อาจจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นมากกว่า 1 ครั้ง และใช้วัคซีนที่พัฒนาสำหรับป้องกันเชื้อสายพันธุ์ที่กำลังระบาดได้ดี

อภิปรายผล

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคได้ ตรวจวัดได้โดยการวัดระดับแอนติบอดี โดยแอนติบอดีต่อ Spike protein บ่งชี้ว่าสามารถกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหลังการได้รับวัคซีน และแอนติบอดีชนิด Neutralizing บ่งบอกประสิทธิภาพการยับยั้งไม่ให้ไวรัสเข้าสู่เซลล์ โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพช่วยลดอัตราการติดเชื้อ ลดอาการเจ็บป่วยรุนแรงและอัตราการเสียชีวิต การได้รับวัคซีนเพียงโดสเดียวมีประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อและการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนโรงพยาบาลได้ค่อนข้างต่ำ จำเป็นต้องได้รับวัคซีนทั้ง 2 โดส และควรได้รับโดสกระตุ้นในเวลาที่เหมาะสม คือ 3 เดือนขึ้นไปแต่ไม่ควรเกิน 5 เดือน ซึ่งในประเทศไทยในช่วงแรกของการเริ่มให้วัคซีนได้ใช้วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Sinovac) และบางส่วนได้รับเป็นวัคซีนชนิด Viral vector (Astra Zeneca) การศึกษาเกี่ยวกับวัคซีนโดสแรกในประเทศไทยจึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับวัคซีนดังกล่าวมากกว่าวัคซีนชนิดอื่น ส่วนวัคซีนโดสกระตุ้นนิยมใช้ชนิด mRNA ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เนื่องจากมีผลการวิจัยหลายรายงานสรุปว่ามีประสิทธิภาพในการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันและ T-cells ได้ดีกว่า แม้หลังการรับวัคซีนโดสแรกกระตุ้นภูมิคุ้มกันยังตอบสนองไม่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อ แต่เป็นการเริ่มต้นให้ระบบภูมิคุ้มกันได้รับการกระตุ้นและจดจำเชื้อโรค

แม้เกิดการติดเชื้อก่อนถึงกำหนดรับโดสที่ 2 ก็จะมีผลให้ระดับภูมิคุ้มกันหลังการติดเชื้อตอบสนองได้ดีและคงอยู่นานกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย จากหลายการศึกษาพบว่าแม้ได้รับวัคซีนโดสกระตุ้นแล้วก็มีโอกาสติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้อยู่ และกลายเป็นผู้แพร่เชื้อได้ การระบาดจึงยังคงอยู่ในวงกว้าง แม้วัคซีนจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค และมีประโยชน์ในการป้องกันอาการเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มมีโรคประจำตัว แต่อาจมีบางรายมีข้อจำกัดในการรับวัคซีนเช่น เคยแพ้วัคซีนอย่างรุนแรง กำลังเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวกำเริบ กำลังตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก หรือภูมิคุ้มกันต่ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วย HIV ที่ CD4 ต่ำกว่า 200 ซึ่งต้องพิจารณาความเสี่ยงในการรับวัคซีน รวมถึงเลือกชนิดของวัคซีนที่เหมาะสม และควบคุมอาการของโรคที่กำลังกำเริบให้คงที่ก่อนการรับ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องหยุดยาบางชนิดก่อนและหลังฉีดด้วย ดังนั้นการดูแลป้องกันตนเองจากการรับเชื้อในสถานที่ต่างๆ และบุคคลใกล้ชิดจึงยังเป็นวิธีพื้นฐานที่ช่วยให้การระบาดลดน้อยลงได้ นอกจากนี้แม้ได้รับวัคซีนครบตามที่หน่วยงานสาธารณสุขแนะนำแล้ว หากเชื้อมีพันธุกรรมเปลี่ยนแปลงที่สามารถหลบหลีกระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดจากวัคซีนหรือการติดเชื้อสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ได้ก็อาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ขึ้นได้ และเนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังคงมีสถานการณ์ ปัจจุบัน การระบาดยังไม่สิ้นสุด เอกสารการศึกษาลงการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่มีต่อวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่นำมาทบทวนพบว่าบางรายงานยังเป็นการรายงานผลการศึกษาเบื้องต้น ยังไม่ได้รับการตีพิมพ์อย่างเป็นทางการ และเนื่องจากยังอยู่ในสถานการณ์การระบาดบางรายงานจึงไม่ได้เป็นข้อมูลจากสถาบันวิจัยโดยตรงแต่เป็นข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคระบาดเป็นผู้นำมาเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ทันต่อการรับมือต่อสถานการณ์การระบาด ซึ่งเชื้อไวรัสสาเหตุของโรคยังคงมีการกลายพันธุ์ซึ่งทำให้การตอบสนองต่อวัคซีนเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคตได้ การติดตามผลงานวิจัยที่น่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบันจึงมีความจำเป็นในการวางแผนรับมือกับ

โรคระบาดนี้ต่อไป ผู้ประพันธ์ขอเสนอแนะให้ประเทศไทยควร
การศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่นำมาใช้
ในประเทศไทยทั้งในแง่การป้องกันการติดเชื้อ, การป้องกันการ
เจ็บป่วยรุนแรงนอนโรงพยาบาล, และการป้องกันการเสียชีวิต
เพื่อใช้ในการพัฒนานโยบายการวางแผนฉีดวัคซีนให้กับ
ประชากรในกลุ่มต่างๆ การให้วัคซีนเสริม การจัดหาวัคซีนใน
อนาคต บทความวิชาการนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อ
เป็นแนวทางการศึกษาต่อไปที่จะสามารถประเมินประสิทธิภาพ
ของวัคซีนโควิด-19 ที่นำมาใช้จริงได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะ
สั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดยควรดำเนินการศึกษาวิจัย
อย่างมีคุณภาพ

สรุป

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สามารถกระตุ้นให้ร่างกายเกิดภูมิ
ต้านทานต่อโรคนี้ได้ตั้งแต่โดสแรกในบางราย ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับ
ชนิดของวัคซีนด้วย โดยพบว่าวัคซีนชนิด mRNA ให้ผลการ
การกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่สูงกว่าวัคซีนชนิด
อื่น อย่างไรก็ตามหลังการได้รับวัคซีนเพียงโดสเดียวระดับภูมิ
ต้านทานอาจไม่สูงเพียงพอและคงอยู่ได้ไม่นาน จำเป็นต้อง
ได้รับโดสที่ 2 ในระยะเวลาที่กำหนดขึ้นกับวัคซีนแต่ละชนิด
อย่างไรก็ตามหลังจาก 3-4 เดือนระดับภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคจะ
เริ่มลดลง จำเป็นต้องได้รับโดสกระตุ้นเพื่อให้มีระดับภูมิคุ้มกัน
ที่สูงและคงอยู่ได้นานพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยง และใน
สถานการณ์ที่โรค ยังคงแพร่ระบาดและมีการกลายพันธุ์ของ
เชื้อไวรัสสาเหตุอยู่เป็นระยะ วัคซีนอาจไม่ช่วยป้องกันการติด
เชื้อสายพันธุ์ใหม่ที่กลายพันธุ์สามารถหลบหลีกระบบภูมิ
ต้านทานของร่างกายได้ แต่ยังคงมีประสิทธิภาพในการป้องกัน
อาการป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตได้ การรับวัคซีนเร็วหรือช้า
กว่ากำหนดอาจมีผลให้ระดับภูมิคุ้มกันตอบสนองได้ไม่สูง
และคงอยู่ไม่นานพอควรเข้ารับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ.
ย้า ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็มมาตรการ VUCA ช่วยลด
ผู้ป่วยหนักและเสียชีวิตจากโควิดหลังสงกรานต์
[อินเทอร์เน็ต] 2565. [สืบค้นเมื่อ 7 มิ.ย. 2565].
แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/172773/>
2. Our World in Data. Explore the global situation.
[อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2565].
แหล่งข้อมูล: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
3. ศูนย์ข้อมูลโควิด-19 กรมประชาสัมพันธ์. [อินเทอร์เน็ต]
2564. [สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.facebook.com/informationcovid19/>
4. อมร ลีลาธรรม. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19
จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2. [อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้น
เมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>
5. แพทย์พรหม ภูริบัญชา, อนุวัฒน์ ศรีสมฤทธิ์ และยุวลิ ฉาย
วงศ์. ระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 หลังการฉีดวัคซีนใน
บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข พื้นที่เขตสุขภาพ
ที่ 7 และ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.
2565;8(1):179-192.
6. รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด. รามาชานแนล. ภาวะ Long
COVID (ลองโควิด) เมื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ไม่ได้อยู่กับคุณแค่สั้นๆ. [อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อ
10 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ภาวะ-long-covid-ลองโควิด-เมื่อโรค/>
7. Center for Systems Science and Engineering
(CSSE) at Johns Hopkins University. COVID-19
Data Repository. [อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อ 1
กรกฎาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>

8. สำนักข่าว Hfocus. ตัวเลขป่วยหนักเสียชีวิตโควิดสูง ผล
พวงจากติดเชื้อมาก แต่ระบบรับได้ มีเตียงว่างอีกกว่า
75%. [อินเทอร์เน็ต] 2022. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม
2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.hfocus.org/content/2022/03/24756>
9. กองแผนงานวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจการติดเชื้อ Sar-
CoV-2 (เชื้อก่อโรค Covid-19) ด้วยการตรวจแอนติบอดี.
[อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม
2565]. แหล่งข้อมูล:
[https://www3.dmsc.moph.go.th/download/files/
dmsc_sar.pdf](https://www3.dmsc.moph.go.th/download/files/dmsc_sar.pdf)
10. Elecsys Anti-Sar-CoV-2 Roche Diagnostics
GmbH: Sandhofer Strasse 116 D-68305
Mannheim. [อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อ 11
พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
[https://diagnostics.roche.com/global/en/produc
ts/params/elecsys-anti-sars-cov-2.html](https://diagnostics.roche.com/global/en/products/params/elecsys-anti-sars-cov-2.html)
11. ยง ภู่วรรณ. ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยา
คลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
สรุปประสิทธิภาพการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโดยของวัคซีนโค
วิด-19 ในไทย. [อินเทอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 22
พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://kinrehab.com/news/view/346/> และ
<https://kinrehab.com/news/view/346/>
12. Amy Huxtable. New study finds strong immune
response following Covid-19 vaccination. The
Universities of Sheffield News. [อินเทอร์เน็ต] 2021.
[สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
[https://www.sheffield.ac.uk/news/new-study-
finds-strong-immune-response-following-covid-
19-vaccination](https://www.sheffield.ac.uk/news/new-study-finds-strong-immune-response-following-covid-19-vaccination)
13. Fernando P. Polack, Stephen J. Thomas,
Nicholas Kitchin, Judith Absalon, Alejandra
Gurtman, Stephen Lockhart, John L. Perez,
Gonzalo Pérez Marc, Edson D. Moreira, Cristiano
Zerbini, Ruth Bailey, Kena A. Swanson, et al.
Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA
covid-19 vaccine. New England Journal of
Medicine. 2020;383:2603-15.
14. Clalit study. Decreased infection in the corona
due to the vaccine. [อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อ
14 พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
[www.clalit.co.il/he/your_health/family/Pages/pfi
zer_covid_vac_effect.aspx](http://www.clalit.co.il/he/your_health/family/Pages/pfizer_covid_vac_effect.aspx).
15. Elisabeth Mahase. Covid-19: Reports from Israel
suggest one dose of Pfizer vaccine could be
less effective than expected. BMJ
2021;372:n217(1) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22
พฤษภาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n217>
16. Cyra Patel, Jean Li-Kim Moy and Robert Booy.
Should I get my COVID vaccine booster? Yes, it
increases protection against COVID, including
Omicron. The Conversation Academic Rigour
Jornalist Flair. [อินเทอร์เน็ต] 2021. [สืบค้นเมื่อ 7
มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล:
[https://theconversation.com/should-i-get-my-
covid-vaccine-booster-yes-it-increases-
protection-against-covid-including-omicron-
172965](https://theconversation.com/should-i-get-my-covid-vaccine-booster-yes-it-increases-protection-against-covid-including-omicron-172965)
17. Delphin Penas, Devid Veyer, Artem Baidaliuk,
sabelle Staropoli, Florence Guivel-Benhassine
Maaran Michael Rajah, et al. Reduced sensitivity
of SARS-CoV-2 variant Delta to antibody
neutralization. Nature 2021;596:276-80.
18. Watsamon Jantarabenjakul, Napaporn
Chantasrisawad, Thanyawee Puthanakit,

- Supaporn Wacharapluesadee, Nattiya Hirankarn, Vichaya Ruenjaiman, et al. Short-term immune response after inactivated SARS-CoV-2 (CoronaVac®, Sinovac) and ChAdOx1 nCoV-19 (Vaxzevria®, Oxford-AstraZeneca) vaccinations in health care workers. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology 2021;10.12932:250721-1197.
19. วชิราภรณ์ อรุโณทอง, นิภาวรรณ เจตต์วัน, มลชล มายูร, ธิติวิภา บุญพิศิษฐ์สกุล, สุรินทร์ จันทระตะ. การศึกษาระดับภูมิคุ้มกัน ในผู้ที่ได้รับวัคซีน CoronaVac ครบ 2 โดส และปัจจัยที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2564;63:743-52.
20. แถลงการณ์สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. เรื่องความจำเป็นของการได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น [อินเทอร์เน็ต] 2565. [สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nvi.go.th/index.php/files/large/c3db a8d3ec5130e>
21. Jen Christensen. Booster dose side effects were similar to second dose, with brief, mild-to-moderate effects, study says. [อินเทอร์เน็ต] 2565. [สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://edition.cnn.com/2021/09/29/health/booster-side-effects-study-wellness/index.html>

Received: 9 Dec 2022, Revised: 26 Aug 2022

Accepted: 29 Aug 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร

สุวรรณี แสนสุข¹, จินตนา พลมิกค์ดี¹, นริศรา อาริรักษ์¹, ถนอม นามวงศ์^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ระยะ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) การพัฒนาระบบสุขภาพ และ 3) สรุปและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Z-test ส่วนข้อมูลคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการเดือนกรกฎาคม 2564 - มิถุนายน 2565 ผลการศึกษา 1) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 18,818 คน จากทั้งหมด 20,994 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.3 บริบทการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังขาดการเชื่อมต่อบริการดูแลที่เป็นรูปธรรมและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) จากนั้นได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน โดยมีการวางแผนดำเนินการร่วมกัน เกิดแผน 2 ระบบ (1) แผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และ (2) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จากนั้นดำเนินงานตามแผน 3) ผลการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ พบว่าผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value <0.05) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน 2) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 5) การดูแลแบบช่องทางด่วน 6) การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ 7) การดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะผสมผสานและดูแลแบบครบวงจร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเอาระบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, ระบบสุขภาพชุมชน, ระบบบริการสุขภาพ, ไร้รอยต่อ

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

Original Article

The Development of Community Health System to Health Care Service System for Stroke among Elderly, Yasothon province

Suwannee Sansuk¹, Jintana Phonmeesak¹, Narisara Arrirak¹, Thanom Namwong^{1*}

Abstract

The objective of this research was to develop and evaluate the community health system into a seamless health care system of strokes among the elderly. The action research was used to develop the model. The process consisted of 3 phases: (1) problem situation study, (2) development of health system and (3) evaluation and conclusion. The samples were all elderly people aged 60 years and over in Muang district, Yasothon Province, and stakeholders. Data collected by focus group, survey with questionnaires. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Z-test. The qualitative data were used content analysis technique. Conducted during July 2021 - June 2022. The result, 1) The elderly was screening 89.6%. The prevalence of stroke was 2.3%. In the past operations, a referral system for patients between the community to the hospital there were still gaps and lack of participation, 2) committee was set up to solve the problem. After that the action plan was determined include (1) the community health system development plan; and (2) the health care system development plan. 3) the system was developed affects to stroke patients knew *emergency medical services (EMS)* and be able to *get immediate emergency assistance*, thrombolysis started *within 60 minutes* and patients were *continuity care when discharge from hospital* increase significantly (P-value <0.05). *Participants' satisfaction levels* had high level. The system from this research affects to risk group and patient group access a seamless health care. This system consisted of 1) set up the committee; 2) surveillance and health promoting; 3) develop the information system; 4) referral system; 5) Stroke Fast Track; 6) definitive care; 7) *continuity care*. This development has a mixed both primary care and secondary care as a comprehensive service. The result be able to integrate the community health system into a seamless health care system among the elderly in their own area.

Keywords: elderly, stroke, community health system, health care service system, seamless

¹Yasothon Provincial Health Office

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิตและความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ส่งผลกระทบหลายด้าน⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย^(2,3) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด ดื่มสุรา เป็นต้น^(4,5) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนทั่วโลก และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 5 ล้านคน โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอีก 5 ล้านคนได้รับความพิการหรือทุพพลภาพถาวร⁽¹⁾ สร้างภาระให้ครอบครัวและชุมชนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมที่ประเมินค่าไม่ได้ ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 451, 467, 506 และ 542 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดยโสธร พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 351, 371, 395 และ 499 ตามลำดับ⁽⁶⁾

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จังหวัดยโสธร มีประชากร 540,889 คน อำเภอเมืองยโสธรมีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุดมีประชากร 108,445 คน และมีผู้สูงอายุถึง 20,994 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 เป็นพื้นที่ที่มีความเจริญทางการคมนาคม และเศรษฐกิจ พบปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น ๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์⁽⁷⁾ ถือเป็นภาวะวิกฤตในผู้สูงอายุที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เพราะจะกระทบต่อภาระการดูแลของ

ครอบครัว และกระเพื่อมปัญหาในวงกว้างด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นทุกปี ทำให้เกิดภาระของระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น การดำเนินงานดังกล่าว ประสบความสำเร็จเพียงบางส่วน ซึ่งยังขาดการนำข้อมูลการคัดกรองสู่การวางแผนป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรม⁽⁸⁾ การดำเนินงานที่ขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และขาดการเชื่อมโยงการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นระบบที่ต้องมีการพัฒนาเป็นอย่างยิ่ง ทั้งการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลกับผู้สูงอายุ การลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาช่องทางเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพรวดเร็ว ด้วยการเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อมิให้มีรอยต่อ โดยการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีอยู่ 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือน เดือนกรกฎาคม 2564 - มิถุนายน 2565 ในพื้นที่ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน เพื่อสำรวจสภาพปัญหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2564

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ ได้แก่ แต่งตั้งคณะทำงานที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด อำเภอ และระดับ

ตำบล และนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงานสู่การวางแผนและดำเนินงานตามแผน โดยการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการในเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล โดยการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ และการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การประมวลผลจากระบบฐานข้อมูล Data center จังหวัดยโสธร และฐานข้อมูลการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คำนวณข้อมูลและถอดบทเรียน รวมทั้ง ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการเดือนมกราคม-มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทุกคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 20,994 ราย

ตัวอย่าง ได้แก่

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ 60 ปีขึ้นไปทุกคนในพื้นที่ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร (ศึกษาในประชากร) ใช้สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 20,994 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้) ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ สำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนดำเนินงาน มีอยู่ 2 กลุ่มได้แก่

(1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ดำเนินการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จำนวน 25 แห่ง ๆ ละ 8 คน ได้แก่ 1) อสม. 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver; CG) 3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager; CM) 4) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Community Care Giver; CCG) 5) ตัวแทนผู้สูงอายุ 6) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ 7) ตัวแทนเจ้าหน้าที่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 8) ตัวแทนเจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

(2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพ ดำเนินการในระดับอำเภอและหน่วยบริการทุติยภูมิ สำหรับการสนทนากลุ่ม 8 คน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จาก รพ.ยโสธร 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จาก รพ.ยโสธร 3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (1669) จาก รพ.ยโสธร 4) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จาก สสอ.เมืองยโสธร 5) ตัวแทนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จาก รพ.สต.ในพื้นที่ และ 6) บุคลากรสาธารณสุข จาก สสจ.ยโสธร อีก 3 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ และผู้รับผิดชอบงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้

ได้แก่ 1) แบบคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 3) แบบสำรวจผู้สูงอายุ 4) แบบติดตามผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 5) แบบสรุปการจัดกิจกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน โดยข้อคำถามมี CVI (Content validity index) อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว โดยการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะบันทึกข้อมูลลงในฟอร์มออนไลน์ แล้วตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรและการวัดตัวแปร

ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง Thai CV risk score⁽⁹⁾

ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีประวัติเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองช่วง

ก่อนเดือนกรกฎาคม 2564 หาดด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองทั้งหมด

การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวัดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลโยธธ ในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2564 (ก่อนพัฒนาระบบ) เปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 (หลังพัฒนาระบบ) ในประเด็นการได้รับความรู้ การทราบช่องทางขอความช่วยเหลือ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(1669) หรือมาด้วยรถ EMS (*Emergency medical services*) การได้รับยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน 60 นาที และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. หรือ CG หรือบุคลากรสาธารณสุข

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมานในการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพก่อนและหลังพัฒนาระบบด้วย z-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6412

ผลการศึกษา

1) ด้านสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน

1.1) การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 18,818 คน จากทั้งหมด 20,994 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.8 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 55.7 (median 68, min 60, max 114) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.8 รายได้อยู่ระหว่าง 600-2,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.6 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำแนกเป็นระดับต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย ร้อยละ 57.6, 28.2, 9.0, 3.2 และ 2.0 ตามลำดับ

ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.3 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบในเพศชาย ร้อยละ 2.9 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 1.7 คนที่อายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปพบความชุกของโรคมกกว่าคนที่อายุ 60-69 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามเพศและอายุ (n=18,818)

อายุ (ปี)	เพศชาย			เพศหญิง			รวม		
	n	case	PR (95%CI)	n	case	PR (95%CI)	n	case	PR (95%CI)
60-69	4,738	123	2.6 (2.1; 3.0)	5,729	80	1.4 (1.1; 1.7)	10,467	203	1.9 (1.7; 2.2)
70-79	2,644	91	3.4 (2.7; 4.1)	3,393	70	2.1 (1.6; 2.5)	6,037	161	2.7 (2.2; 3.1)
80 ขึ้นไป	944	31	3.3 (2.1; 4.4)	1,370	30	2.2 (1.4; 3.0)	2,314	61	2.6 (2.0; 3.3)
รวม	8,326	245	2.9 (2.6; 3.3)	10,492	180	1.7 (1.5; 2.0)	18,818	425	2.3 (2.0; 2.5)

* PR = Prevalence rate (%)

1.2) ด้านบริบทการดำเนินงานที่ผ่าน มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการดำเนินงานคัดกรอง แต่

ยังไม่ครอบคลุม ขาดการนำเอาข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ ระบบส่งต่อยังมีช่องว่างในการดำเนินงาน บุคลากรที่

รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอ เพราะภาระงานเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนที่เพียงพอแต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนยังไม่ชัดเจน

2) การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ ได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอโดยใช้กลไก 10x10 (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) และระดับชุมชนโดยใช้กลไก พชต. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล) แล้ววางแผนดำเนินงานร่วมกัน เกิดแผนงาน 2 ระบบ ได้แก่

2.1) แผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 25 แห่ง กิจกรรมประกอบไปด้วย การอบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง การดูแลเบื้องต้นผู้สูงอายุกลุ่มป่วยและการดูแลต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลสำหรับ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้ผ่านการอบรม จำนวน 194 คน และพัฒนาช่องทางการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งเป็นการเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบ

บริการสุขภาพ โดยการทำบัตรประจำตัวกลุ่มเสี่ยงสูงมากและสูงมากอันตราย เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของโรค และทราบช่องทางร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

2.2) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ จัดทำแนวทางการรับแจ้งเหตุ การออกเหตุรับ-ส่งต่อผู้ป่วย พัฒนาแนวทางการดูแล (Protocol) ทั้งระบบการดูแลแบบช่องทางด่วน (Stroke fast tract) และระบบการดูแลเฉพาะทาง (Definitive care) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง การเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไปยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการเบื้องต้น (EMR) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 153 คน

จากนั้น ได้มีการดำเนินงานตามแผนที่พัฒนาขึ้น

3) ผลการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยได้รับความรู้ รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value <0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การได้รับความรู้และทราบช่องทางขอความช่วยเหลือการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

การได้รับความรู้และทราบช่องทาง ขอความช่วยเหลือการแพทย์ฉุกเฉิน	ก่อน		หลัง		Proportion difference	95%CI	Z	P-value
	(N=120)		(N=133)					
	n	(%)	n	(%)				
ได้รับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	78	(65.0)	122	(91.7)	26.7	16.9, 36.4	5.2	<0.001
รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือจาก บุคคลต่าง ๆ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	89	(74.2)	125	(94.0)	19.8	10.9, 28.6	4.4	<0.001
รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)	92	(76.7)	129	(97.0)	20.3	12.2, 28.4	4.8	<0.001

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) หรือมาด้วยรถ EMS ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที

และเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อน		หลัง		Proportion difference	95%CI	Z	P-value
	(N=120)		(N=133)					
	n	%	n	%				
มาด้วย EMS	45	37.5	86	64.7	27.2	15.3, 39.1	4.3	<0.001
เป็น Stroke ตีบ/อุดตัน	81	67.5	89	66.9	-0.01	-12.2, 10.9	-0.1	<0.001
ผู้ป่วยมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง	17	14.2	25	18.8	4.6	-4.5, 13.7	1.0	0.326
- ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาที	6	35.3	17	68.0	32.7	3.5, 61.9	2.1	0.036
การได้รับการดูแลต่อเนื่อง	112	64.2	132	99.2	35.0	26.3, 43.7	7.3	0.042

การสำรวจความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 133 ราย พบว่าความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 8.9 (min 5, max 10) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละพื้นที่ ในประชากรแต่ละกลุ่ม และช่วงเวลาที่ศึกษามีความแตกต่างกัน⁽¹⁰⁻¹²⁾ ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุจากการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาของ Hanchaiphiboolkul et al.⁽¹⁰⁾ ที่พบความชุก ร้อยละ 2.7 และต่ำกว่าความชุกจากการศึกษาของ Towanabutr et al.⁽²⁾ ที่พบความชุก ร้อยละ 2.4 แต่สูงกว่าความชุกจากการศึกษาของ Suwanwela⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.8 และสูงกว่าความชุกจากการศึกษาของ

Viriyavejakul et al.⁽¹¹⁾ ที่พบความชุก ร้อยละ 1.1 ซึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างของเครื่องมือตรวจคัดกรอง ช่วงเวลาที่ศึกษา และลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม แต่เมื่อจำแนกความชุกตามเพศ และกลุ่มอายุพบว่ามีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งสองเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์⁽⁷⁾ ทำให้แนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายซึ่งมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าวัยอื่น⁽³⁾ จึงเป็นเหตุผลทำให้พบความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับสูง จากการที่สังคมก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเตรียมระบบการดูแลรองรับอย่างเร่งด่วน บริบท

การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ขาดการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน ระบบส่งต่อผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมต่อบริการดูแลที่เป็นรูปธรรม และขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้กำหนดกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอโดยใช้ กลไก พชอ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) และระดับชุมชนโดยใช้กลไก พชต.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล) แล้วมีการวางแผนดำเนินการร่วมกัน เกิดแผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเชื่อมกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีช่องทางเพื่อช่วยให้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยมีการเรียกใช้บริการ 1669 และได้รับยาละลายลิ้มเลือดภายใน 60 นาที และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการประยุกต์ใช้แนวคิด “ชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ” เป็นเวทีระดมความคิดเห็นและระดมทรัพยากรภายใต้ต้นทุนและภูมิปัญญาของคนในชุมชน มาเพื่อแก้ไขปัญหาของคนในชุมชนเอง ทั้งการเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งคนในชุมชนจะเข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในชุมชนมากที่สุด และยังเป็นแนวทางพัฒนาชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน^(13,14) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเน้นการพัฒนาเพื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเพื่อมิให้มีรอยต่อ โดยผู้สูงอายุกลุ่มป่วยต้องได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ เชื่อมโยงฐานข้อมูลและประสานงานอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยกู้ชีพในท้องถิ่น เพื่อให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วด้วยระบบช่องทางด่วนโรค

หลอดเลือดสมอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี สุธีร์⁽¹⁵⁾ ที่มีการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เร็วขึ้น และเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาของณิรุช วงศ์เจริญ และคณะ⁽¹⁶⁾ แนะนำให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเข้มข้นในระยะ 3 เดือนแรก เพื่อส่งเสริมการรักษาฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ดังนั้น ควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นแนวทางและการวางแผนในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพร สายตรี และคณะ⁽¹⁷⁾

ทั้งนี้ เมื่อเชื่อมทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกันแล้ว ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless) ภายใต้สโลแกน “ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บ ไม่ไข้ เป็นแล้วเข้าถึงไว ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน” ระบบที่พัฒนาขึ้นมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน 2) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) 5) การดูแลแบบช่องทางด่วน (Stroke Fastrack) 6) การดูแลรักษาเฉพาะทาง (Definitive care) และ 7) การดูแลที่ต่อเนื่อง (continuity care) ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้แตกต่างจากระบบเดิม ในประเด็นการเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไร้รอยต่อแบบบูรณาการครบทุกมิติ เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การจัดการดูแล การนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแบบครบวงจร ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 ในการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ได้คุณภาพส่งผลดีต่อดูแลรักษา ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการเชื่อมระหว่างระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพมิให้มีรอยต่อ คือ กลไกการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของทีม และการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทุกระดับ เป็นปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบ ไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพนี้ถูกพัฒนาขึ้นในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลเป็นโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ การเดินทางเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ใช้ระยะเวลาไม่นาน รวมทั้ง อำเภอเมืองยโสธรมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากอำเภออื่น ๆ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดบางประการในการนำเอาระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปปรับใช้ในอำเภออื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำเอาระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และควรมีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อัตราความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมทั้ง ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ทุกท่าน ที่ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานและร่วมให้ข้อมูลที่สำคัญในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO). Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
2. สมชาย โดวนะบุตร, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เตมิกุลจันทร์, ลินดา เหล่ารัตน์ ใส, จิตาภา ตริยเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [ออนไลน์]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf
3. พรรณวลัย ผดุงวิชัยกุล. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) [ออนไลน์]. คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2560 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
4. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. Journal of Stroke. 2014;16(1):1–7.
5. ชูชาติ กลิ่นสาคร, ส่วยถิ่น แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62–77.
6. อีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2543.
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>.

8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารประกอบ การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปิดติรอบที่ 2/2564 จังหวัดยโสธร. ยโสธร; 2564.
9. มหาวิทยาลัยมหิดล. Thai CV risk score คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [ออนไลน์]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล:
<https://www.rama.mahidol.ac.th/cvmc/th/thaicv>
10. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Charnnarong-Suwanwela N, Puthkhao Msc P, Towanabut S, et al. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. J Med Assoc Thai. 2011;94(4):427–36.
11. Viriyavejakul A, Senanarong V, Prayoonwivat N, Praditsuwat R, Chaisevikul R, Pongvarin N. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. J Med Assoc Thai. 1998;81(7):497–505.
12. วิทวัส ศิริยงค์. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล กาญจนดิษฐ์. วารสารวิชาการแพทย์. 2561;32(11):863–70.
13. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, รชานนท์ งามใจรัก. การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(4):1005–15.
14. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลทีเมท พรินติ้ง จำกัด; 2564.
15. จารุณี สุธีร์. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(1):158–72.
16. ธีรนาถ วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):61–71.
17. รัตนพร สายตรี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(2):1–13.
18. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุล, ลัดดาวัลย์ เตชะกู่, นวลโย พิศชาติ. ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ ทรวงอก. 2560;28(2):154–67.

Received: 13 Aug 2022, Revised: 31 Aug 2022

Accepted: 2 Sep 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
จังหวัดยโสธรชำนาญ มาลัย¹ และ ถนอม นามวงศ์^{2*}

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการฉีดวัคซีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ในพื้นที่จังหวัดยโสธร 2,874 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Multiple logistic regression ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 38.8 (Median 66, Min 16, Max 99) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.2 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-2,999 บาท ร้อยละ 37.0 อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ร้อยละ 65.1 สาเหตุสำคัญที่ยังไม่ตัดสินใจฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 คือ กลัวแพ้วัคซีน ร้อยละ 62.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) มี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ [18-59 ปี กลุ่มอ้างอิง (60-69 ปี OR_{adj} 0.9, 95%CI 0.7 to 1.1; 80 ปีขึ้นไป OR_{adj} 0.7, 95%CI 0.6 to 0.9)], การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง (OR_{adj} 1.4, 95%CI 1.1 to 1.8), การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต (OR_{adj} 2.1, 95%CI 1.6 to 2.8), การรับรู้ประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ (OR_{adj} 1.6, 95%CI 1.1 to 2.4) และการได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำชุมชน (OR_{adj} 1.4, 95%CI 1.1 to 1.7) ควรนำผลการศึกษาจากการวิจัยนี้ไปกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็ม 3 โดยเน้นการสื่อสารเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรค การลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต และการเปิดเผยข้อมูลถึงสาเหตุที่แท้จริงของผู้ที่สงสัยแพ้หรือเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน เพื่อให้ประชาชนเลือกตัดสินใจฉีดวัคซีนได้อย่างมั่นใจ รวมทั้ง ควรเพิ่มการมีบทบาทของผู้นำในชุมชนในการดำเนินงานในชุมชน และการกำหนดเงื่อนไขการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ

คำสำคัญ: ปัจจัย, โรคเรื้อรัง, วัคซีนโควิด-19

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

*Original Article***Factors Associated with the Decision to Receive COVID-19 Vaccination among Patients with Chronic Diseases, Yasothon Province**Chamnan Malai¹ and Thanom Namwong^{2*}**Abstract**

This study aimed to examine the factors associated with the decision to receive booster COVID-19 vaccination (3rd Dose) among patients with chronic diseases using Cross-sectional analytic study. Conducted during May- June 2022. The sample was people with chronic diseases. In Yasothon province. Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics and Multiple logistic regression. The results showed that most of the samples were female, 55.2%, age group between 60-69 years, 38.8% (Median 66, Min 16, Max 99), agricultural occupation 67.2%, income between 1,000-2,999 baht, 37.0%, the 3rd dose booster COVID-19 vaccination, 65.1 %, the important reason for not yet the 3rd dose booster COVID-19 vaccination was afraid adverse events following immunization (AEFI) of COVID-19 vaccination, 62.2%. Factors associated with the 3rd dose booster COVID-19 vaccination statistically significant (p -value < 0.05) were age [18-59 years, reference group (60-69 years, OR_{adj} 0.9, 95%CI 0.7 to 1.1; 80 years, OR_{adj} 0.7, 95%CI 0.6 to 0.9)], perceived benefit on protection from COVID-19 (OR_{adj} 1.4, 95% CI 1.1 to 1.8), perceived benefit for reducing severity or mortality (OR_{adj} 2.1, 95%CI 1.6 to 2.8), perceived benefit for travel or receive the other service (OR_{adj} 1.6, 95%CI 1.1 to 2.4) and perceived the information or suggestion from community leaders (OR_{adj} 1.4, 95%CI 1.1 to 1.7). The findings from this study should be used to determine a strategy for the 3rd dose booster vaccination access, especially on communication and emphasizing the efficiency of vaccines, against COVID-19, reducing severity or mortality and declare the information of AEFI of COVID-19 vaccination in order to make confident decisions to get a COVID-19 vaccine. In addition, should increase the participation of community leaders with operate in community and determine a condition for the 3rd dose booster vaccination for travel or receive the other service

Keywords: factors, patients with chronic diseases, COVID-19 vaccination¹ Yasothon Provincial Health Office

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease; COVID-19) หรือโรคโควิด-19 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมที่มหาศาลจนประเมินค่ามิได้ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2564 เป็นต้นมา ได้มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ “โอไมครอน” ซึ่งถึงแม้จะมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์เดลตา แต่ทำให้มีการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วและพบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ในเดือนมกราคม - มีนาคม 2565 พบผู้ป่วยเฉลี่ย 5,000 – 7,000 ราย, 10,000 – 20,000 ราย และ 22,000 – 25,000 ราย ส่วนผู้เสียชีวิต ตั้งแต่เดือนมกราคม - มีนาคม 2565 พบเฉลี่ย 10-20 ราย, 20-30 ราย และ 60-80 ราย ตามลำดับ^(1,2) สถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงวันที่ 28 มีนาคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยัน 21,966 ราย เสียชีวิต 63 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.3 ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.0 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.1 เมื่อจำแนกผู้เสียชีวิตตามข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าไม่ฉีดวัคซีนเลยร้อยละ 84.1 รองลงมา คือ ฉีดเพียง 1 เข็ม ร้อยละ 7.3 และฉีดเพียง 2 เข็ม ร้อยละ 7.3 โดยสัดส่วนผู้ที่เสียชีวิตพบมากที่สุดในกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 88.4⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้นำวัคซีนโควิด-19 เข้ามาฉีดให้กับประชาชน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรด่านหน้า กลุ่มเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ (กลุ่ม 608) รวมทั้งกลุ่มเด็กและกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ณ วันที่ 5 เมษายน 2565 รายงานผลการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุภาพรวมระดับประเทศ พบว่าฉีดเข็มที่ 1, 2 และเข็มที่ 3 ร้อยละ 83.8, 79.4 และ 37.2 ตามลำดับ จากเป้าหมาย 12,704,543 คน⁽¹⁾ ส่วนผลการฉีดวัคซีนในพื้นที่จังหวัดยโสธร ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ (กลุ่ม 608) ข้อมูล ณ วันที่ 23 มีนาคม 2565 พบว่าฉีดเข็มที่ 1, 2 และเข็มที่ 3 ร้อยละ 89.3, 84.9 และ

33.3 ตามลำดับ จากเป้าหมาย 102,482 คน ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก⁽³⁾

กรมควบคุมโรค ให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง และลดความรุนแรงหรือโอกาสเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการฉีดวัคซีนในจังหวัดยโสธร พบว่าความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ยังค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่มีความชัดเจน โดยเฉพาะสาเหตุที่เกิดจากกลุ่มผู้มีโรคประจำตัวที่ยังลังเลใจไม่ยอมตัดสินใจฉีดวัคซีน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนและยังทำให้พบผู้มีโรคประจำตัวติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดยโสธรขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญ ทำให้ทราบสาเหตุของการตัดสินใจฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในการฉีดกระตุ้นเข็มที่ 3 ที่แน่ชัด เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับใช้ในการวางแผนส่งเสริมการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2565

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในกลุ่ม 7 โรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคเบาหวาน ในพื้นที่จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในกลุ่ม 7 โรคในพื้นที่จังหวัดยโสธร ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและได้รับการคัดเลือก

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงรูปแบบหรือวิธีการศึกษาเพื่อหาอัตราการฉีดวัคซีนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายของ Cochran⁽⁴⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 2,874 ราย รายละเอียดการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_0 = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot q}{r^2 \cdot p}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กรณีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

n₀ คือ เป็นขนาดตัวอย่างเริ่มแรก

N คือ จำนวนประชากรศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด จำนวน 102,482 คน

Z_{α/2} คือ ระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ ซึ่งกำหนด ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% โดย $Z_{\alpha/2} = Z_{0.025} = 1.96$

p คือ สัดส่วนของการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็ม 3 ร้อยละ 44.3 ได้มาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁾

q คือ สัดส่วนของการไม่ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 หรือ 1-p

r คือ ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (relative standard error) กำหนดร้อยละ 2 หรือ 0.02

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ครบเกณฑ์ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้) ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถตอบคำถามได้ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัย ซึ่งประยุกต์มาจากโครงการส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 จังหวัดยโสธร⁽⁶⁾ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Content validity index (CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน โดยข้อคำถามมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1

ตัวแปรและการวัดตัวแปร

อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำรวจทั้งหมด

ตัวแปรหลักหรือตัวแปรตาม คือ การฉีดและไม่ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3

ตัวแปรต้น คือ ตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลและตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการฉีดและไม่ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเชื้อกลายพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต การรับรู้ประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำชุมชน และการได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจาก อสม.

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการควบคุมคุณภาพของข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว เป็นการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะบันทึกข้อมูลในฟอร์มออนไลน์ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและอัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มจากนำปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (bivariate analysis) หาค่า Crude OR (95%CI) เพื่อเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 ตามคำแนะนำของ Hosmer and Lemeshow⁽⁷⁾ เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariable analysis) ในโมเดลเริ่มต้น (initial regression model) จากนั้นทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF (variance inflation

factor) ก่อนทำการ fit model ด้วยเทคนิค backward elimination โดยคงตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย แล้วทำการประเมินความเหมาะสมของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test (HL test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

ตัวอย่างทั้งหมด 2,874 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 38.8 (Median 66, Min 16, Max 99) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.2 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-2,999 บาท ร้อยละ 37.0

2. ความชุกในการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3

อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวม ร้อยละ 65.1 เพศชายมีอัตราการฉีดวัคซีน ร้อยละ 66.7 ส่วนเพศหญิงมีอัตราการฉีดวัคซีน ร้อยละ 63.8 โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อายุ 16 – 59 ปี มีอัตราการฉีดวัคซีนมากที่สุด ร้อยละ 69.5 รองลงมา คือ อายุ 60-69 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.5 และ 61.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศและอายุ (n=2,874)

อายุ (ปี)	เพศชาย			เพศหญิง			รวม		
	n	ฉีดเข็ม 3		n	ฉีดเข็ม 3		n	ฉีดเข็ม 3	
		n	%		n	%		n	%
16-59	311	204	65.6	341	249	73.0	652	453	69.5
60-69	534	364	68.2	580	377	65.0	1,114	741	66.5
70 ขึ้นไป	443	292	65.9	665	385	57.9	1,108	667	61.1
รวม	1,288	425	66.7	1,586	1,011	63.8	2,874	1,871	65.1

ด้านสาเหตุที่ยังไม่ตัดสินใจฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สูงที่สุด คือ กลัวแพ้วัคซีน เช่น เป็นไข้ หรือปวดแขน จนทำงานไม่ได้ ร้อยละ 62.2 รองลงมา คือ กลัวอันตรายหรืออาจเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน, คิดว่าฉีด 2 เข็มก็

เพียงพอต่อการป้องกันโควิด-19 หรือลดการเสียชีวิตแล้ว, ยังไม่มีเวลาหรือยังไม่พร้อม และลูกๆ หรือญาติยังไม่อนุญาตให้ฉีด คิดเป็นร้อยละ 57.3, 50.3, 39.9 และ 22.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุที่ยังไม่ตัดสินใจฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (N = 1,003)

สาเหตุที่ยังไม่ตัดสินใจฉีดวัคซีนเข็มที่ 3	n	%
กลัวแพ้วัคซีน เช่น เป็นไข้ หรือปวดแขน จนทำงานไม่ได้	624	62.2
กลัวอันตรายหรืออาจเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน	575	57.3
คิดว่าฉีด 2 เข็มก็เพียงพอต่อการป้องกันโควิด-19 หรือลดการเสียชีวิตแล้ว	505	50.3
ยังไม่มีเวลาหรือยังไม่พร้อม	400	39.9
ลูกๆ หรือญาติยังไม่อนุญาตให้ฉีด	230	22.9
เกรงว่าจะไม่ได้รับเงินชดเชยหากแพ้วัคซีน หรือเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน	219	21.8
มีอาการแพ้จากการฉีด 2 เข็มที่ผ่านมา เลยไม่อยากฉีด	205	20.4
ยังไม่รู้ว่าตนเองต้องฉีดเข็มที่ 3	148	14.8
กลัวเข็มหรือกลัวเจ็บ	94	9.4
รอวัคซีนยี่ห้ออื่น	70	7.0
ไม่มีคนพาไป หรือไม่มีรถพาไป	57	5.7
ไม่ประทับใจจากการไปฉีด 2 เข็มที่ผ่านมา	45	4.5
ไม่ทราบสถานที่ฉีดหรือจุดที่ให้บริการ	30	3.0

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น จากปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 11 ตัวแปร พบปัจจัยที่มีค่า p-value < 0.25 จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเชื้อกลายพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต การรับรู้ประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำชุมชน การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อจะนำไปวิเคราะห์ในโมเดลเริ่มต้น ผลการทดสอบ multicollinearity เพื่อหาค่า VIF ก่อนทำการ fit model ผลปรากฏว่าทุกตัวแปรมีค่า VIF

ระหว่าง 1.0 – 1.5 ซึ่งน้อยกว่า 10 จึงไม่เกิด multicollinearity จากนั้นทำการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ผลการวิเคราะห์สุดท้าย (final Model) พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ 1)อายุ [18-59 ปีกลุ่มอ้างอิง (60-69 ปี OR_{adj} 0.9, 95%CI 0.7 to 1.1; 80 ปีขึ้นไป OR_{adj} 0.7, 95%CI 0.6 to 0.9)], 2)การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง (OR_{adj} 1.4, 95%CI 1.1 to 1.8), 3)การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต (OR_{adj} 2.1, 95%CI 1.6 to 2.8), 4)การรับรู้ประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ (OR_{adj} 1.6, 95%CI 1.1 to 2.4) และ 5)การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำชุมชน (OR_{adj} 1.4, 95%CI 1.1 to 1.7) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n=2,874)

Variables	N	ฉีดเข็ม 3		Crude OR	Adj. OR	95% CI (OR _{adj})		p-value
		n	%			Lower	Upper	
อายุ (ปี)								
18-59	652	453	69.5					
60-69	1,114	741	66.5	0.9	0.9	0.7	1.1	0.214
70 ขึ้นไป	1,108	667	61.1	0.7	0.7	0.6	0.9	0.001
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง								0.001
ไม่ใช้	463	240	51.8					
ใช้	2,411	1,631	67.7	1.9	1.4	1.1	1.8	
การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต								<0.001
ไม่ใช้	273	117	42.9					
ใช้	2,601	1,754	67.4	2.8	2.1	1.6	2.8	
การรับรู้ประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ								0.026
ไม่ใช้	120	47	39.2					
ใช้	2,754	1,824	66.2	3.0	1.6	1.1	2.4	
การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำชุมชน								0.003
ไม่ใช้	410	236	57.6					
ใช้	2,464	1,635	66.4	1.5	1.4	1.1	1.7	

ผลการประเมินความเหมาะสมของการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit test (HL test) ได้ค่า P-value เท่ากับ 0.887

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังมีอัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ร้อยละ 65.1 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 70⁽⁸⁾ โดยทั่วไปแล้วภูมิคุ้มกันกลุ่ม (herd immunity) ของโรคโควิด-19 จะเกิดขึ้นได้ก็

ต่อเมื่อร้อยละ 60-95 ของประชากรมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนั้นหรือได้รับการฉีดวัคซีน⁽⁹⁾ การที่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังมีอัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 อยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำเป็นสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังป้องกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งหากประชากรกลุ่มนี้ติดเชื้อโควิด-19 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยหนักและเสียชีวิตค่อนข้างสูง สอดคล้องกับข้อมูลผู้เสียชีวิตที่ยังพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่ฉีดวัคซีนเพียง 1-2 เข็มเท่านั้น⁽³⁾ อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก แต่พบว่าอัตราการฉีดวัคซีนมีแนวโน้มลดลงเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือญาติผู้สูงอายุกลัวว่าจะแพ้วัคซีน กลัวอันตรายหรืออาจเสียชีวิต จึงลังเลใจหรือไม่ยอมฉีดวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในการศึกษา⁽¹⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร บุญโท⁽⁵⁾ ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนทั้งระดับนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ต้องเน้นการให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสิทธิผลและอาการข้างเคียงของการฉีดวัคซีน รวมทั้ง การมีระบบการจัดการกับข่าวลือหรือข้อมูลที่เท็จที่พบว่ามีคนแพ้หรือเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและยังได้รับการแนะนำจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ของสหรัฐ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนใช้ประกอบการตัดสินใจการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอยู่ 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง, การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต, การรับรู้ประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ และการได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำชุมชน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุเพิ่มขึ้นมีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนน้อยลง ซึ่งผู้สูงอายุอาจกลัวแพ้หรืออาการข้างเคียงจากวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร บุญโท⁽⁵⁾ ที่พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่

กลุ่มตัวอย่างไม่ฉีดวัคซีน คือ กลัวอาการข้างเคียงของการฉีดวัคซีน ส่วนประเด็นการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนชนิดโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนที่เพิ่มขึ้นนั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข⁽¹¹⁾ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เพราะมีอัตราการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นค่อนข้างต่ำกว่ากลุ่มอื่น และมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูงเมื่อติดเชื้อโควิด-19⁽³⁾

การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรค การลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต และเพื่อประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการในสถานที่ต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น ถึงแม้คนที่ไม่อยากฉีดวัคซีนส่วนใหญ่จะให้เหตุผลว่ากลัวแพ้หรืออันตรายจากวัคซีน แต่คนที่ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็ม 3 ซึ่งมีจำนวนมากกว่า ยังยอมรับในประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรค การลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ระบุว่า การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันหรือลดความรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้⁽¹²⁾ การกำหนดเงื่อนไขการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ ยังสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งที่สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายมีอัตราการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายในพื้นที่หรือในองค์กรเพื่อเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจากผู้นำในชุมชนเป็นสำคัญในการโน้มน้าวผู้ที่ยังลังเลใจให้ตัดสินใจฉีดวัคซีน ซึ่งแตกต่างจากการได้รับข้อมูลหรือการชักชวนจาก อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข อาจเป็นไปได้ว่าผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่บทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุน ดูแล และอยู่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชนค่อนข้างมาก สามารถให้คุณให้โทษประชาชนในชุมชนได้ ซึ่งความเข้มแข็งและบทบาทของผู้นำชุมชนมีความสำคัญค่อนข้างมากในการดำเนินงานในชุมชน สอดคล้องกับแนวทางของวิภา สุวรรณรัตน์และคณะ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่กล่าวว่า การมี

ผู้นำที่เข้มแข็ง จะส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมมือกันเผชิญปัญหาหรือวิกฤตต่าง ๆ จนสามารถก้าวข้ามไปได้⁽¹³⁾ ผู้นำชุมชนยังต้องปฏิบัติหน้าที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ของพระราชบัญญัติสาธารณสุข 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2563⁽¹⁴⁾ จึงมีอำนาจหน้าที่และอิทธิพลค่อนข้างมากต่อการโน้มน้าวหรือชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายไปฉีดวัคซีน ทั้งนี้ ปัจจัยด้านเพศ รายได้ และอาชีพ ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แตกต่างจากการศึกษาของจิราพร บุญโท⁽⁵⁾ ซึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างของช่วงเวลาที่ศึกษา และลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อยู่ภายใต้เวลาที่กำหนดให้คงที่ (fixed over time) ซึ่งในการตัดสินใจฉีดวัคซีนดังกล่าวมีความผันแปรตามเวลาโดยตลอด (change over time)⁽¹⁵⁾ ซึ่งเป็นข้อที่พึงระวังในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ และจากการประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ที่ประกอบไปด้วย 5 ปัจจัยด้วย HL test บ่งชี้ว่า^(7,16) สามารถนำปัจจัยดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการฉีดวัคซีนได้ จากผลการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ และมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เกี่ยวกับปัจจัยหรือสาเหตุที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีความแตกต่างจากการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ในการนำไปกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนให้สอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการประยุกต์ใช้ฟอร์มออนไลน์ (Google form) ทำให้การเก็บรวมข้อมูลสะดวก รวดเร็ว ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วน ถูกต้อง โดยได้รับความร่วมมือในการเก็บรวมข้อมูลจาก อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่กระจายอยู่ทุกตำบล

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนก ระหว่างโรคเรื้อรังแต่ละโรค จำนวนโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น

ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้ง สภาพร่างกาย หรือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ควรมีการเพิ่มการมีบทบาทของผู้นำในชุมชนซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่และมีอิทธิพลค่อนข้างมาก ควบคู่กับการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น อสม. บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการโน้มน้าวหรือชักชวนผู้ที่ยังลังเลใจให้ตัดสินใจฉีดวัคซีน
- 2) ควรมีการกำหนดเงื่อนไขการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อประโยชน์ในการเดินทางหรือเข้าใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งที่จะกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีอัตราการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น
- 3) ควรมีการสื่อสารและเน้นย้ำ เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรค การลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น ควบคู่กับมาตรการจัดการกับข่าวลือที่นำไปสู่การลังเลใจไม่ฉีดวัคซีน และการเปิดเผยข้อมูลหรือสาเหตุที่แท้จริงของผู้ที่สงสัยแพ้หรือเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน เพื่อให้ประชาชนเลือกตัดสินใจฉีดวัคซีนได้อย่างมั่นใจ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษา หรือวิเคราะห์ข้อมูลจำแนก ระหว่างโรคเรื้อรังแต่ละโรค จำนวนโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้ง สภาพร่างกาย หรือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3
- 2) อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ข่าวลือหรือข่าวเท็จ และการยอมรับประสิทธิผลของวัคซีนในระยะยาวซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการติดตามหรือประเมินผล ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวนี้ในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลโควิด19 (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด19; ศบค.). ข้อมูลแถลงข่าวศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด19 (ศบค.) วันที่ 5 เมษายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/informationcovid19/photos/pcb.535856308032698/535855348032794>
2. กรมควบคุมโรค. COVID-19 Interactive Dashboard [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
3. ศูนย์สื่อสารโควิด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สถานการณ์โควิด19 จังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/SATYASOTHON/posts/2843696995910331>
4. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
5. จิราพร บุญโท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารควบคุมโรค. 2565;48(1):22–32.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. โครงการส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 จังหวัดยโสธร. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/SATYASOTHON/posts/2843696995910331>
7. Hosmer, D.W. and Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2000.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) จังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/SATYASOTHON>
9. Hess S, Lancsar E, Mariel P, Meyerhoff J, Song F, van den Broek-Altenburg E, et al. The path towards herd immunity: Predicting COVID-19 vaccination uptake through results from a stated choice study across six continents. Soc Sci Med. 2022; 298(no issue):1-18
10. Centers for Disease Control-and Prevention. 12 COVID-19 Vaccination Strategies for Your Community [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/vaccinate-with-confidence/community.html>
11. พิรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(1):47–57.
12. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://spm.thaigov.go.th/web/kode/HTML/info/ma2col-sub.asp?s=11&b=SUBORG-37&w=015&f=01500029>
13. วิภา สุวรรณรัตน์, มาลี เกตแก้ว, กณณวัฒน์ สุกุลหรั่ง. การพัฒนาความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2021;8(1):1–14.
14. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก.; 2558. 26–44.

15. พงษ์เดช สารการ, ภัทรนันท์ หมั่นพลศรี. จุดตัดที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristic (ROC) ในการพัฒนาเครื่องมือวัดกรรมทางสุขภาพ: กรณีตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม STATA. Thai Bull Pharm Sci. 2564;16(1):93–108.
16. Greiner M, Pfeiffer D SR. Principles and Practical Application of The Receiver-Operating Characteristic Analysis for Diagnostic Tests. Prev Vet Med. 2000; 45(1–2):23–41.

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้วิจัย
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาด้านฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน
- 4.

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

- ภาษาอังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็ก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมจักร. “พฤติกรรมในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท โดย ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม

การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุข ม ชน ” เลข บัญชี “ 955-0-13237-4”(ให้ แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com